



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sydänpotilaan saumaton hoitopolku - Pärjään tiennäyttäjänä

Jääskelä, Salme
Karstila, Kaisu

2012 Laurea Lohja

Sydänpotilaan saumaton hoitopolku

- Pärjään tiennäyttäjänä

Jääskelä Salme, Karstila Kaisu

Sydänpotilaan saumaton hoitopolku - Pärjäin tiennäyttäjänä

Vuosi 2012

Sivumäärä 70

Tämä opinnäytetyö on osa Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittamaa Pumppu-hanketta, jonka teemoja ovat saumaton hoitopolku, tietotekniset apuvälineet ja potilaiden valtaistaminen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sydänpotilaiden kokemuksia tietoteknisten apuvälineiden käytöstä sekä heidän valmiuksiaan ja halukkuuttaan käyttää näitä apuvälineitä saumattoman hoitopolun eri vaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Pärjäin-navigaattorin käyttömahdollisuuksista sydänhoitopolun eri vaiheissa sekä pohtia Pärjäimen soveltuvuutta sydänhoitopolun tueksi.

Työn teoreettinen viitekehys koostui sydänhoitopolun ja hyvinvointiteknologian kuvaamisesta sekä hyvinvointiteknologian käyttäjäkokemuksista, valmiuksista ja halukkuudesta käyttää hyvinvointiteknologiaa apuna arjessa. Opinnäytetyö toteutettiin sydänpotilaiden teemahaastattelun avulla. Haastatteluaineisto analysoitiin ja tiivistettiin tuloksiksi laadullisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan sydänpotilaat, jotka käyttivät tietokonetta ja nettiä, suhtautuivat myönteisesti Pärjäimen käyttöön. Nettiosaamattommat eivät puolestaan olleet halukkaita käyttämään Pärjäintä ja kokivat netin käytön opetteluun liian vaikeaksi. Nettiosaamattomat toivat esille toiveen Pärjäimen tuomisesta jo tuttuihin käyttöympäristöihin, kuten televisioon.

Yhteenvetona Pärjäimen käyttömahdollisuuksista sydänhoitopolun eri vaiheissa haastateltavat toivoivat sen toimivan yleisenä tietopankkina, jossa kaikki tieto olisi yhdessä ja samassa paikassa sekä apuna hoitopolun etukäteissuunnittelussa kotiutumisen yhteydessä. Muita toivottuja toimintoja olivat avun hälytys ja ajanvaraukset sekä linkit palveluntuottajille.

Haastateltujen sydänpotilaiden mukaan hoitopolun saumattomuutta heikensivät hoidon pirstaleisuus alati vaihtuvine toimijoineen sekä puutteellinen tiedonsaanti omasta tilastaan hoitopolun eri vaiheissa. Suora kontakti hoitohenkilöstöön todettiin tärkeäksi hoitopolun kaikissa vaiheissa sekä ennen leikkausta että kotona toipumisvaiheessa.

Kehittämiskohteena voisi ajatella Pärjäimen käyttömahdollisuuksia televisiossa. Digi-TV:n uudet palvelumahdollisuudet ja TV tuttuina käyttöympäristönä voisi saavuttaa potilaita, jotka eivät muuten osaa käyttää tietokonetta ja nettiä. Siten Pärjäin yhdistettynä digi-TV:hen voisi laajentaa Pärjäimen tarjoaman hyvinvoinnin tuen piirissä olevien sydänpotilaiden määrää. Hoitopolkua ja sen saumattomuutta voisi edelleen kehittää siten, että eri toimijoiden välistä tiedonkulkua parannettaisiin ja siten myös potilaan tiedonsaanti helpottuisi ja tiedon laatu paranisi.

Asiasanat: sydänhoitopolku, hyvinvointiteknologia, käyttäjäkokemus, valmiudet, halukkuus.

Jääskelä Salme, Karstila Kaisu

Cardiac patient's seamless clinical pathway - Pärjäin-navigator as a trailblazer

Year	2012	Pages	70
------	------	-------	----

The thesis is part of the Pumppu-project which is funded by the European regional development fund. The themes of the project are seamless cardiac clinical pathway, IT-tools in supporting citizens' wellbeing and empowerment of patients.

The purpose of the thesis was to study cardiac patients' experiences on using wellbeing IT-tools, and patients' abilities and willingness for using the tools in different phases of a seamless cardiac clinical pathway. The thesis aims at providing information on the usage opportunities of the Pärjäin-wellbeing navigator in cardiac clinical pathway, and to contemplate on its applicability for supporting the clinical pathway.

The elements of the theoretical framework for the thesis consist of cardiac clinical pathway, cardiac diseases, wellbeing technologies and their user experience, and patients' abilities and willingness for using wellbeing technologies in supporting their daily life. The thesis work was conducted by cardiac patient survey using focus-group interviews. The survey material was processed and condensed into results using qualitative content analysis.

The survey results show that those cardiac patients that are already using computers and internet had positive attitude on using the Pärjäin-navigator. The computer-illiterate patients were not that willing to use Pärjäin and felt that learning to use internet was too difficult. The internet-illiterate patients expressed the wish for provision of the Pärjäin in a familiar user environment for them, such as television.

In overall, the interviewed patients wished that the Pärjäin-navigator would be a general data-bank where all information would be collected together and accessible from a single source. Also support for planning of clinical pathway in advance before returning to home from hospital was hoped for. Other preferred functionalities included event handling support, such as alarms of help and scheduling of appointments, and links to service providers.

According to the cardiac patients the seamlessness of the clinical pathway was impaired by the dispersed nature of the care with constantly varying actors and deficiencies in the communication of patients state in various phases of the clinical pathway. Direct communication links to different actors both before the operation and when recovering after returning to home was considered important by the patients.

A further development opportunity for the Pärjäin-navigator could be its availability as a service in TV. The emerging services of digi-TV and TV as a familiar user environment could reach for patients that otherwise can not use computers and internet. Hence, Pärjäin combined with digi-TV could expand the potential audience for its support to cardiac patients' wellbeing. The cardiac clinical pathway and its seamlessness could be developed further by improving information communication between different actors, and hence also ease the availability of more and better information for the patients.

Keywords: cardiac clinical pathway, wellbeing technologies, user experience, user capabilities, user willingness

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys	8
2.1	Sauman sydänhoitopolku	8
2.1.1	Hoitopolku	8
2.1.2	Sauman hoitopolku	15
2.1.3	Hoidon priorisointi ja ennakointi	18
2.2	Sydänpotilas.....	20
2.3	Sähköiset terveyspalvelut	23
2.3.1	Omahoitopalvelut	24
2.3.2	Pärjään tiennäyttäjänä	32
2.3.3	Sähköisten terveyspalveluiden edellytyksiä ja esteitä	34
2.3.4	Teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyön kokonaisuus	35
3	Tutkimustehtävät	37
4	Tutkimusmenetelmät.....	38
4.1	Tutkielman muoto	38
4.2	Haastattelun toteutus	40
4.2.1	Tutkielmatulosten analysointi	41
5	Tulokset.....	46
5.1	Kokemukset	48
5.2	Hoitopolku ja saumattomuus.....	48
5.3	Tuki	48
5.4	Tiedonsaanti	49
5.5	Halukkuus.....	50
5.6	Esteet	50
5.7	Tietotekniset välineet.....	50
6	Pohdinta	52
6.1	Tulosten tarkastelua.....	52
6.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	56
6.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	57
	Lähteet	61
	Kuviot.....	65
	Taulukot	66
	Liitteet.....	67
	Liite 1 Haastattelulupa.....	67
	Liite 2 Esikyselylomake	68

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö kuuluu osana laajempaa Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittamaa Pumppu-hanketta, jonka yhtenä tavoitteena on selvittää Pärjain- navigaattorin käyttömahdollisuuksia sydänpotilaiden hoitopolun eri vaiheissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää sydänpotilaan kokemuksia ja valmiuksia tietoteknisten apuvälineiden käytöstä ja halukkuutta käyttää niitä hoitopolun eri vaiheissa. Aihe on ajankohtainen, koska tietoteknisillä apuvälineillä on kysyntää kansalaisten hyvinvoinnin apuna. Keväällä 2010 osallistuimme Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeeseen oppimistehtävällämme Sydänpotilaan hoitopolku, jossa kävi ilmi, että tärkeimpiä syitä hoitopolun toimimattomuudelle oli tiedonkulun heikko toimivuus eli potilaat eivät saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tuntui luontevalta jatkaa tutkimusta aiheesta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, minkälaisia käyttömahdollisuuksia Pärjain- navigaattorille olisi sydänhoitopolun eri vaiheissa sekä pohtia, miten se soveltuu sydänhoitopolkuun. Ajatuksena oli kulkea yhdessä sydänpotilaan kanssa hoitopolkua ja kerätä häneltä tietoa teemahaastattelun avulla. Työssä otettiin huomioon aiempien tutkimusten tuloksia tietoteknisten apuvälineiden käytöstä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkielmana focus group- haastattelun avulla ja saatu aineisto litteroitiin sekä analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös aiempia tutkimuksia sydänhoitopolusta sekä potilaiden käyttöhalukkuudesta käyttää it- apuvälineitä hyvinvointinsa tukena. Omahyvinvointi- hankkeen (Tekes) raporteista saatiin teorian tietoa Pärjain- navigaattorista ja sen käyttäjäkokemuksista. Teorian tietoa keskeisimmistä sydänsairauksista saatiin tietokirjallisuudesta.

Pohdittaessa suomalaisten tulevaisuutta terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta nousee keskeiseksi tekijäksi julkisten palveluiden ja hyvinvointivaltion ideaalin hoidon kohtalo ikääntyvän väestön ja kasvavien kustannusten myötä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Hyvinvointi 2015-ohjelman tavoitteena on asettaa yhteisvastuu yhteiskunnalle, jossa luodaan puitteet kaikille hyvinvointia edistävällä tavalla toimimiseen. Yksilö on edelleen vastuussa omasta ja läheistensä elämästä, mutta silloin kun ongelmatilanteissa omat toimintaedellytykset ovat riittämättömät, kantaa yhteiskunta vastuun. Ennaltaehkäisevän otteen tarkoituksena on hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja ja lisätä omatoimisuutta. Kansalaisille on tällä hetkellä tarjolla oman hyvinvoinnin edistämiseen lukuisia it-sovelluksia sekä internetissä että erillisillä laitteilla. Internet-maailma on osoittanut, että erilaisten sovellusten suosio kasvaa ja hiipuu, mutta kestävää suosiota on vaikea saavuttaa. Lisäksi kiinnostus oman hyvinvoinnin ylläpitoon vaihtelee riippuen motivaatiosta. Keskeiseksi nouseekin kansalaisten motivaatio Pärjäimen kaltaisten apuvälineiden käyttämiseen. (Tuohimaa & Meristö 2010, 4-5,26.)

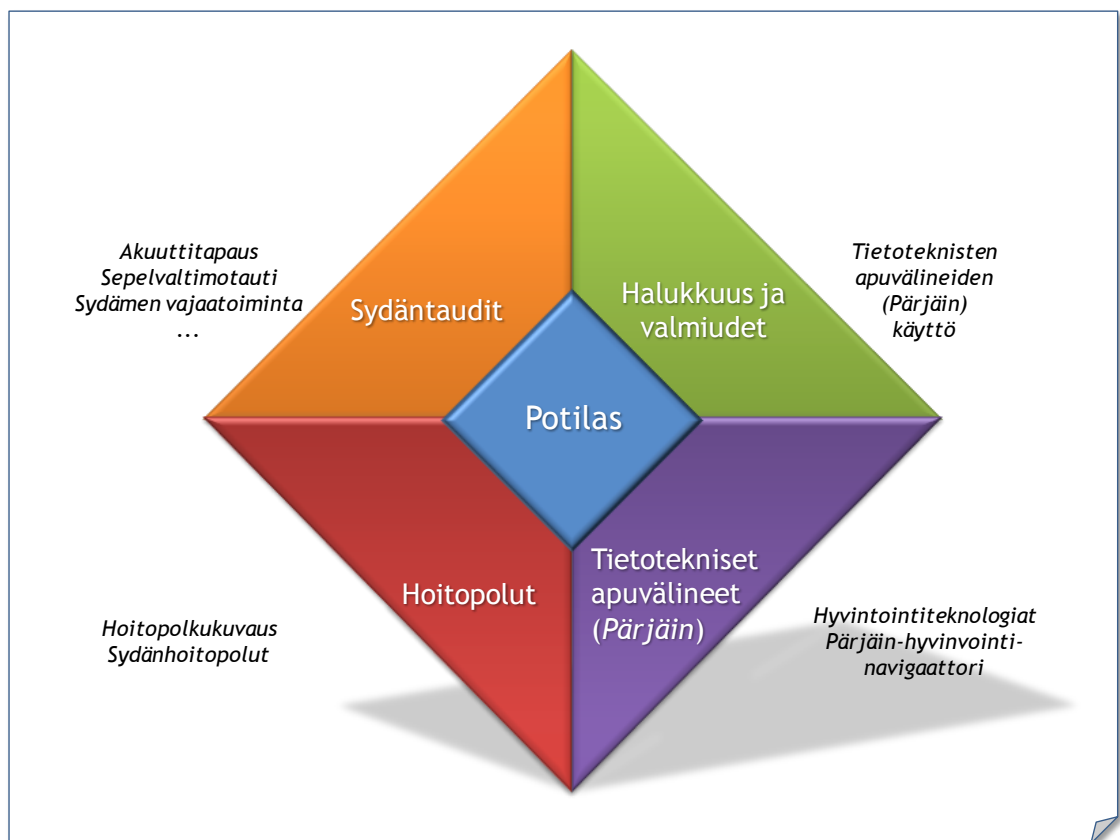
Sähköisten terveyspalveluiden käyttöönotto edellyttää muutosta toimintakulttuurissa. Hoitotyön luonne muuttuu sähköisten terveyspalvelujen myötä organisaatiokeskeisestä asiakaskeskeiseen työskentelyyn asiakkaiden ottaessa suuremman roolin terveyspalvelujen käyttäjänä. (Hirvasniemi & Kanto 2009, 40.)

Virpi Jylhä (2007) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut terveydenhuollon verkkopalveluiden tarjoamaa tietoa ja sen vaikutuksia asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Jylhän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Hyvis-portaaliin kuuluvaa neuvontapalvelua käyttävien asiakkaiden tiedontarpeiden täyttymistä. Lisäksi tarkasteltiin neuvontapalvelun vaikutuksia terveyspalvelujen käyttöön ja asiakkaiden omatoimisuuteen huomioiden sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökulma. Lisäksi arvioitiin asiakkaille koituvaa hyötyä neuvontapalvelusta. Tutkimuksen mukaan asiakkaan näkökulmasta verkkopalvelut tarjoavat mahdollisuuden hoitaa asioita ja etsiä tietoa riippumatta ajasta ja paikasta. Arkipäivän tiedonhankinnassa verkkolähteillä näyttää olevan keskeinen rooli. (Jylhä 2007, 6-14.)

Jylhän (2007) tutkimuksen mukaan Internetin tai sähköpostin käytöllä ei ollut vaikutusta terveyspalveluiden käyttöön, mutta terveydenhuollon verkkopalveluilla saattaa kuitenkin olla vaikutusta terveydenhuollon resurssien käyttöön. Tutkimuksen mukaan Hyvis-portaalilla, johon neuvontapalvelu kuuluu, on lääkärikäynnin tarvetta vähentävä vaikutus. Lisäksi neuvontapalvelun voidaan katsoa olevan hyödyllinen lisä palvelujärjestelmään asiakkaille, joilla ei ole välitöntä tarvetta saada apua. Neuvontapalvelua olisi mahdollisuus hyödyntää palvelujärjestelmän sisäisessä ohjauksessa, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus saada oikeat ohjeet tai hoidon oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tutkimusten mukaan potilaiden ymmärrys omasta terveydentilastaan paranee, käyttäjä valtaistuu tekemään päätöksiä ja rohkaistuu aktiiviseen osallistumiseen Internetistä saadun tiedon avulla. Lisäksi Internetistä saatu tieto parantaa myös potilaiden mahdollisuuksia hoitaa itseään ilman lääkärin vastaanotolla käymistä sekä mahdollistaa elintapojen muuttamisen. Tutkimuksen mukaan neuvontapalvelulla näyttää olevan positiivisia vaikutuksia käyttäjien itsehoitoisuuteen ja se näyttää kannustavan heitä huolehtimaan terveydestään. Neuvontapalvelu nähtäneen tulevaisuuden palveluna, joka täydentää perinteisellä tavalla tuotettuja palveluja kansalaisen toimiessa aktiivisena toimijana terveydenhuollossa korostaen kansalaisen omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (Jylhä 2007, 56- 57.)

2 Teoreettinen viitekehys

Työn keskeisiä elementtejä ovat sydänpotilas, yleisimmät sydäntaudit, kuvaus hoitopolusta ja hyvinvointiteknologioista sekä potilaiden valmius ja halukkuus tietoteknisten apuvälineiden kuten Pärjäimen käyttöön. Työn teoriaosuudessa on kuvattu, mitä tarkoitetaan sydänhoitopolulla sekä on koottu tietoa hoitopolun saumattomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä esteistä polun saumattomuudelle. Työssä tarkastellaan terveyden ja hyvinvoinnin käsitteitä sekä, minkälaista tietoa ja ohjausta sydänpotilas tarvitsee sairautensa hoitoon hoitopolkunsu eri vaiheissa. Lisäksi työssä kuvataan tietoteknisten apuvälineiden mahdollisuuksia sydänpotilaan terveyden ja hyvinvoinnin tukena ja it-apuväline Pärjäimen toimintamahdollisuuksia hoitopolulla.



Kuvio 1: Työn keskeiset elementit

2.1 Saumaton sydänhoitopolku

2.1.1 Hoitopolku

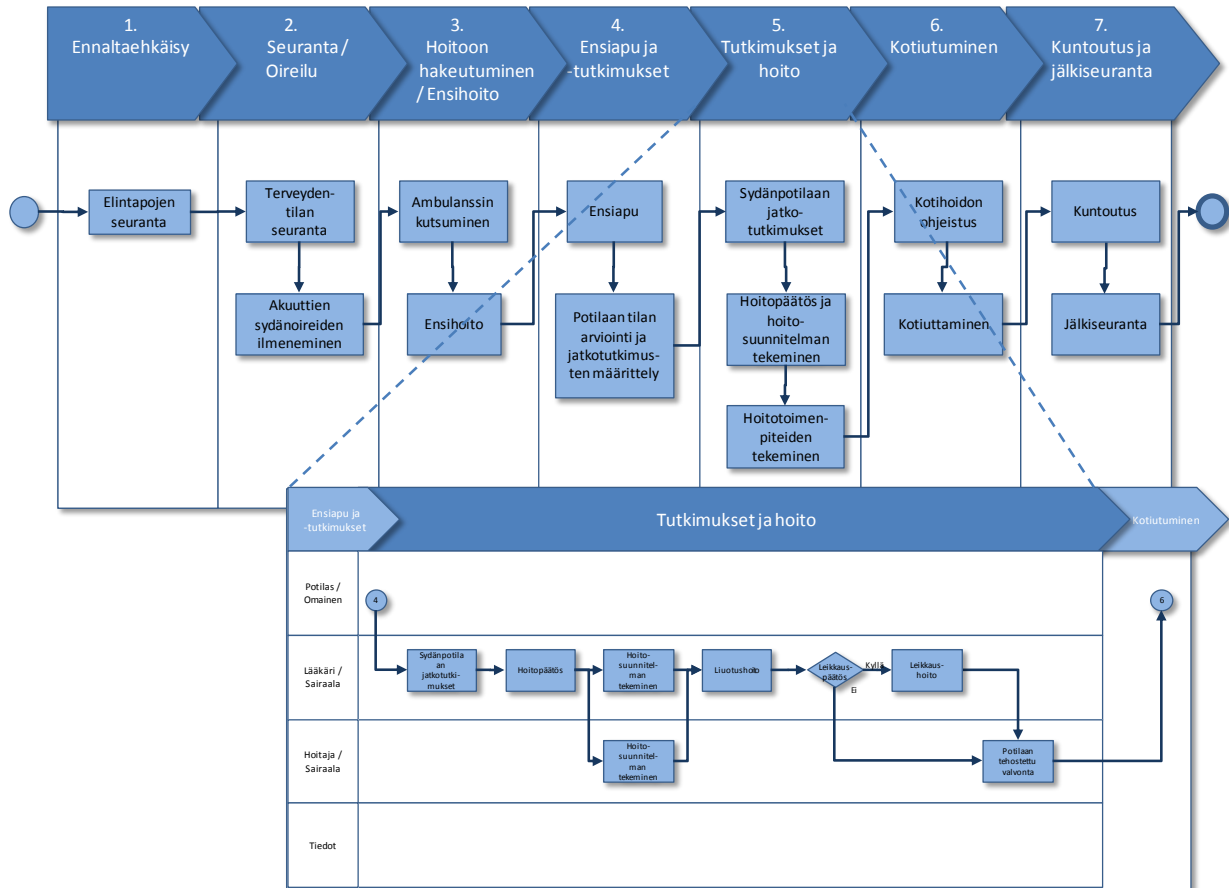
Eri lähteissä on potilaan hoitopolusta käytetty useita eri termejä. Tässä opinnäytetyössä käytetään nimitystä hoitopolku, koska se kuvaa parhaiten potilaslähtöisyyttä.

”Hoitopolku on kokoelma menetelmiä ja työkaluja, joka ohjaa moni- ja poikkitieteellisen tiimin kohti potilaskeskeistä yhteistyötä” ((Panella & Vanhaecht 2009).

Hoitoketju/hoitopolku määritellään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteiseksi saumattomaksi sairaanhoidon ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuudeksi. Hoitoketju on suunniteltu ja toteutettu alueellisesti paikallisiin olosuhteisiin ja se sisältää hoitojen ja palvelujen kokonaisuuden, joka perustuu diagnoosipohjaiseen käypä hoito - suositukseen. (Silvennoinen-Nuora 2010,92.)

HUS:n Ihannesairaala-loppuraportin mukaan terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen liittyy ajallinen, alueellinen ja laadullinen komponentti: saatavuutta voidaan pitää hyvänä, kun palveluja saadaan tarkoituksenmukaisesti, ajallaan ja tarkoituksenmukaisessa paikassa. Potilaalla tulee ihannesairaalamallin mukaisesti olla mahdollisuus valita palveluntuottaja. Kiireettömätkin palvelut pyritään tuottamaan kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen ilmettyä. Hoito-ohjelma tai hoitopolku (Clinical Pathway) tarkoittaa standardoitua hoitomenettelyä, joka on luotu tiettyä diagnoosia tai hoitotoimenpidettä varten. Siinä on kuvattu hoitokokonaisuus, joka sisältää tietyt toiminnot, toimintojen vaiheet ja tiedot hoitokokonaisuuden suunnittelijasta. Hoito-ohjelman tarkoituksena on työnjaon selkiyttäminen terveydenhuollon toimijoiden välillä sekä sairaanhoidon toiminnan laadun ja tehokkuuden parantaminen. Hoitopolku voidaan nähdä sekä prosessikuvauksena että potilaan näkökulman mukaan hoitotapahtumana ja asiakasprosessina. Hoitopolun ideologian lähtökohtana on näyttöön perustuva lääketiede. (Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkijärvi & Rautiainen 2008, 59-62.)

Kuviossa 2 on esitetty esimerkki sydänhoitopolun ylimmästä tasosta.



Kuvio 2: Esimerkki sydänhoitopolkukuvauksen ylimmästä tasosta ja yhdestä alemmasta tasosta (Andström, Gabrielsson, Jääskelä, Karstila 2010)

Sairauden alkuvaihe ja ensihoito

Suomalaisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on 1970-luvulta alkaen vähentynyt. Huolimatta kuolleisuuden vähenemisestä, sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleen yleisin kuolinsyy sekä miehillä että naisilla. Yleisimpiä sydän- ja verisuonitautia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt sekä kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdintahäiriöt. (Litmanen 2012, 6).

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ovat muun muassa ravinnon rasvapitoisuus, korkeat veren LDL- ja Trigly-kolesterolipitoisuudet, matala HDL-kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine, perinnölliset tekijät, työstressi sekä vähäinen liikunta ja tupakointi (Koivumäki 2009, 1-5). Sydänsairaus on pitkäaikaissairaus, jolla on vaikutusta potilaan elämäntapaan ja elämän laatuun. Sydänpotilaan hoidon etenemisen edellytyksenä on potilaan nopea hoitoon pääsy ja lääketieteellisen hoidon aloittaminen. Taudin ennuste on riippuvainen hoitoon hakeutumisen kestosta. (Ruotsalainen 2006, 49.)

Ensimmäinen vaihe hoidon edistämisessä on aika kotona ennen tarvetta hakeutua sairaalahoitoon. Usein potilas viivyttää syystä tai toisesta hoitoon hakeutumistaan, esimerkiksi epätyypilliset tai lievät oireet saattavat viivästyttää hoitoon hakeutumista. Mikäli oireet menevät ohi, ei haluta huolestuttaa läheisiä, oireiden ei katsota olevan vakavia tai terveydenhuollon henkilökuntaa ei haluta vaivata. Osa potilaista voi haluta vielä neuvotella omaisen kanssa hoitoon siirtymisestä huolimatta siitä, että hoitoon hakeutumisen päätös olisikin jo tehty. Usein potilas pyrkii ensin itse hoitamaan oireitaan ennen hakeutumista ambulanssilla sairaalaan. (Ruotsalainen 2006, 51.)

Farmasian alan opinnäytetyön tehnyt Hanna Sonne on laatinut koosteen alueellisista hoitopoluista, jonka tuloksena muodostui sydänpotilaan ideaalihoitopolun. Potilaan hoitopolku alkaa potilaan sairastuttua lääkäriambulanssin paikalle kutsumisesta. Ensihoidossa potilaalle tehdään tilannearviointi ja kardiologin konsultointi (Sydänliitto 2008.) Mikäli oireet viittaavat sepelvaltimotautiin, otetaan häneltä rasitus- EKG. Jos kokeen aikana esiintyy rintakipua ja EKG:ssä ilmenee muutoksia, voidaan epäillä sepelvaltimotautia. Diagnosoinnin jälkeen potilaalle määrätään lääkehoito. (Mustajoki 2009.)

Ensikontaktissa on potilaalla mahdollisuus saada vastauksia kysymyksiinsä nopeasti ja laadukkaasti. Jatkotoimina voivat tulla kyseeseen omahoito ja -seuranta, tutkimus, hoito, hoitajan vastaanotto, yleislääkärin tai erikoislääkärinvastaanotto. Tehokkaassa järjestelmässä ensimmäisen vaiheen hoitajana toimii siihen koulutettu henkilö tai terveydenhuollon ammattilainen. Osassa tapauksia voidaan jo tässä vaiheessa tarvita lääkäriä osallistumaan päätöksentekoon. (Aaltonen ym. 2008, 82.)

Esimerkkinä ensivaiheessa tarvittavasta konsultaatio- ja päätöksentekotilanteesta on sepelvaltimotaudista johtuvan sydäninfarktin hoito. Sydäninfarkti on Länsi-Euroopassa merkittävin äkillisen kuoleman aiheuttaja aikuisväestössä. Sydäninfarktin hoito perustuu äkkikuoleman estoon, tukkeutuneen suonon avaamiseen liuotushoidolla, komplikaatioiden minimoimiseen ja lääkehoidon optimoimiseen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 145-146.)

Sairaalavaihe

Potilaan siirryttyä erikoissairaanhoidoon hänen tulee saada yksilöllistä ja kokonaisvaltaista ohjausta. Lääkäri informoi potilasta tilanteesta ja lääkityksestä. Tiedon antamiseen tulee kiinnittää huomiota, esimerkiksi huomioimalla potilaan äidinkieli. (Sydänliitto 2008.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Ihannesairaala-mallin mukaan potilas hoidetaan aina tavalla, jossa maksimoidaan kustannusvaikuttavuus. Kyseessä olevan ammattihenkilöä ja potilasta tukevien kannustimien avulla ohjataan optimaalisen tuotantotavan valintaa. Terveydenhuollon ammattilaisen arvion ja hoitosuosituksen jälkeen jatkohoidon turvaaminen on

tärkeää. Jatkohoidon valintaa täytyy ohjata mittareilla, joissa jatkohoidon tulokset toimivat osoittajana ja jatkohoidon laadun kustannukset nimittäjänä. Ihannesairaalassa potilas ohjataan eteenpäin ”yhden luukun” periaatteella, jossa organisaation rajapintojen ei kuulu tulla hänelle näkyviin. Potilaan kokonaistilanteen perusteella hänelle tarjotaan tarkoituksenmukaisia hoitopaikka- ja menetelmävaihtoehtoja. Tarjoamalla omahoitoa tukevaa neuvontaa pyritään potilaan käyttäytymiseen ennalta vaikuttamaan. (Aaltonen ym. 2008, 82-85.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle tehdään kliinisten tutkimusten lisäksi tilanteen mukaisia lisätutkimuksia, kuten EKG, keuhkokuva, sydämen kaikututkimus sekä tarvittaessa sydämen isotooppikuvaus ja sepelvaltimoiden varjoainekuvaus. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon tavoitteena on potilaan oireiden lievittäminen, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä potilaan ennusteen parantaminen. Potilaalle suunnitellaan asianmukainen lääkehoito sekä yksilöllinen elämäntapaohjaus. (Holmia ym. 2008, 273-274.)

Sydänpotilaan hoidossa ohjauksella on tärkeä merkitys. Ohjaus määritellään tapahtumaksi, joka on asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjauksessa ohjattava osallistuu aktiivisesti ongelmien ratkaisemiseen. Ohjaajan tulee pidättäytyä antamasta ohjattavalle suoria neuvoja, jotta ohjaus auttaisi ohjattavaa omien valintojensa tekemisessä. Terveyspalvelujen rakennemuutosten ja hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjauksen merkitys on korostunut ja tullut haasteellisemmaksi. Sydänpotilaan hoitoprosessi on pitkäkestoinen ja erityisesti sairaalajakson aikana toipilasvaiheeseen sijoittuva ohjaus ja seuranta ovat tärkeitä. Hoidon laadussa eräs keskeisimmistä osatekijöistä on potilaan yksilöllinen, potilaan tarpeista lähtevä ohjaus. (Männistö 2011, 7- 21.)

Toimenpiteiden jälkeen potilaan tiedontarve on suuri. Käypä hoito -suosituksen mukaan potilasohjaus tulisi aloittaa jo sairaalavaiheessa huolimatta siitä, että hoitoaika sairaalassa olisikin lyhyt. Potilas saattaa olla järkyttyneessä mielentilassa toimenpiteen jälkeen, etenkin jos joudutaan tekemään toimenpide, josta ennalta ei ole sovittu, esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä. Kyseisessä tilanteessa potilaan kyky ottaa tietoa vastaan on rajoittunut. Suositusten mukaan sairaalavaiheessa pitäisi keskittyä ainoastaan oleellisen tiedon jakamiseen sydänpotilaille siirtäen potilasohjauksen painopistettä avoterveydenhuoltoon omalääkärin ja -hoitajan vastaanotolle. (Silvennoinen-Nuora 2010, 225.)

Potilasohjaus perustuu lainsäädäntöön, joka takaa potilaalle oikeuden terveytensä ja sairautensa hoitoon liittyvien asioiden tiedonsaantiin. Lait luovat pohjan ja velvoitteen ohjaustilanteessa toimimiselle. Hoitajaa ohjaavat kansainväliset sopimukset ja kansalliset lait ja asetukset muodostavat laillisen taustan ohjaustilanteeseen. Ohjauksen tavoitteena on potilaan tiedonsaannin edistäminen, mikä auttaa potilasta hallitsemaan tilannettaan ja hoitoonsa liittyviä asioita auttaen häntä myös tekemään ratkaisuja omassa toiminnassaan ja kannustamaan

omahoitoon. Lainsäädännön vaatimusten mukaan toteutuva potilasohjaus on haasteellista sydänpotilaiden lyhyen sairaalajakson ja nopean hoitoketjussa liikkumisen vuoksi. Onnistuneen potilasohjauksen edellytyksenä on yhteistyö hoitoketjun eri vaiheissa. Yhteiskuntaa rakennetaan valtioin perustuslakiin kirjattujen eettisten periaatteiden mukaan. Suomessa valtion ja kuntien hyvinvointitehtäviä ohjaavat Suomen perustuslaki (L 731/1999) ja kuntalaki (L 365/1995). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) säätelee ja ohjaa terveydenhuoltohenkilöstöä terveystalvuluorganisaatiossa tapahtuvan potilasohjauksen antamiseen. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja sairautensa hoitoon liittyvistä asioista, joilla on hoitopäätöstä tehtäessä merkitystä. Terveydenhuollon henkilöstö on velvoitettu antamaan potilaalle tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ymmärrettävällä tavalla. Lain mukaan potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Kansanterveyslaki (L 66/1972) ja erikoissairaanhoidonlaki (L 1062/1989) säätelevät ohjaustoimintaa, joka tapahtuu terveystalvuluorganisaatiossa. Kansanterveyslain velvoitteen mukaan kuntien tulee järjestää tarpeellinen ohjaus myös ihmisille, jotka jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle sekä iäkkäille henkilöille. (Männistö 2011, 11- 22.)

Sydänpotilaan ihanteellinen hoito voidaan Klemolan tutkimuksen (2005) mukaan kuvata taudin diagnosoinnin, hoitotoimenpiteiden ja seurannan etenemisen katkeamattomana hoitoketjuna. Terveydenhuollon sisäinen työnjako ja hoidon porrastus ovat tärkeitä tekijöitä hoitopolun toimivuudessa. Lyhyen sairaalajakson vuoksi potilasohjauksen merkitys on korostuneessa asemassa. Ohjauksen minimitavoitteena voidaan pitää potilaan selviytymistä ja itsehoitoa kotona. Nykyisin ohjaus painottuu potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomioimiseen, potilaan ja hoitajan jaettuun asiantuntijuuteen sekä potilaan vastuun ottamiseen omasta oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Ohjauksen tarkoituksena on lisätä potilaan luottamusta ja hoitoon sitoutumista. (Klemola 2005, 19.)

Jatkohoito

Erikoissairaanhoidon jälkeen sydänpotilaan hoidosta vastaa perusterveydenhuolto. Jatkohoidossa painopiste keskittyy sekundaaripreventioon, eli sydänsairauksien riskitekijöihin, kuten tupakointi, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes. Sepelvaltimopotilaalle tulisi antaa selkeät ohjeet toiminnasta mahdollisten sepelvaltimokohtaukseen viittaavien oireiden varalta. (Silvennoinen-Nuora 2010, 226.)

Perusterveydenhuollossa potilaan epikriisi kulkee potilaan mukana hoidon eri vaiheissa. Potilaalle varataan valmiiksi aika sydänhoitajan vastaanotolle. Omaiset huomioidaan potilaan hoidossa antamalla heille aikaa keskustella hoitohenkilöstön kanssa. Lääkäri varmistaa, että lääkehoito toteutuu suunnitellusti. Sydänhoitajan tehtävä on toimia potilaan yhteyshenkilönä, joka tiedottaa vertaistuesta kannustaen potilasta liittymään sydänyhdistykseen, tukee elintapamuutoksissa ja kuntoutuksessa sekä on yhteydessä potilaaseen tämän kotiuduttua.

Sydänhoitaja toimii yhteistyössä lääkärin kanssa. Tarvittaessa potilaalla on mahdollisuus päästä fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin vastaanotolle. Apteekilla on tärkeä rooli potilaan lääkehoidossa. Potilaalla on mahdollisuus saada henkilökohtaista lääkeneuvontaa. Lisäksi turvataan hoidon jatkuvuus varmistamalla, että potilas on tietoinen kontrollikäynneistä ja hänellä on sydänhoitajan yhteystiedot. (Sydänliitto 2008.)

Kuntoutus

Sydänkuntoutus (cardiac rehabilitation) voidaan määritellä monitieteisenä, suunniteltuna kokonaisuutena, jonka pyrkimyksenä on luoda sydänpotilaalle edellytyksiä palauttaa omien voimien avulla elämänsä sairastumisen jälkeen mahdollisimman normaaliksi. Sepelvaltimopotilaan kuntoutuksen tavoitteena on myös pyrkiä palauttamaan potilaan työ- ja toimintakyky edellyttäen psyykkistä ja sosiaalista orientoitumista elämiseen sairauden kanssa. Lisäksi potilaan hyvään jatkohoitoon tulisi sisältyä kuntoutus ja sekundaaripreventio. Tyypillisimmillään sydänkuntoutusohjelmat sisältävät tietoa ja opastusta itsehoitoon, oireilun tarkkailuun ja riskien hallintaan sekä liikunnallista kuntoutusta ja ohjausta, ohjausta hätätilanteiden varalta, työkyvyn arviointia, psykososiaalista tukea arjessa selviytymiseen sekä ohjausta sosiaaliturvaan ja toimimiseen terveydenhuoltojärjestelmässä. Vastuu sydänpotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä kuuluu Suomen lainsäädännön mukaan perusterveydenhuollolle, Kelalle ja Työeläkelaitokselle. Sepelvaltimopotilaiden lääkinnällinen kuntoutus on pääasiassa kuntien järjestämisvastuulla. Sydänpotilaiden kohdalla kyse on kuntoutusohjauksesta, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen läheistensä tukemista ja ohjausta, tiedottamista palveluista, jotka liittyvät toimintamahdollisuuksiin ja näihin rinnastettaviin palveluihin. Lisäksi kuntoutus käsittää kuntoutustarvetta- ja mahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia, työ- ja toimintakykyarviointia, erilaisia terapiamuotoja ja vastaavia toimenpiteitä, jotka ylläpitävät toimintakykyä, sopeutumisvalmennusta sekä kuntoutusjaksoja avo- tai laitoshoidossa. Kuntoutusta tulee asetuksen mukaan järjestää tarpeen mukaan. (Mäkinen & Penttilä 2007, 7-9.)

Sydänpotilaan kuntoutuksen ensisijaisena tavoitteena on sairauden pahenemisen ehkäisy ja ennusteen parantaminen. Lisäksi tavoitteena on tukea potilaan toipumista, henkistä jaksamista ja selviytymistä arkielämässä sekä työkyvyn säilyttämistä. Sydänkuntoutus voidaan jakaa kansainvälisesti kolmeen vaiheeseen: sairaalavaihe, joka käsittää potilasopetuksen ja kuntouttavat toimenpiteet sairaalassa akuuttivaiheen aikana, varhainen toipumisvaihe, johon kuuluu Kelan tai terveydenhuollon järjestämä kuntoutus sekä myöhäinen toipumisvaihe, joka tarkoittaa sydänjärjestön järjestämää kuntoutusta. (Sydänliitto. 2008.)

Sydänpotilailla on mahdollisuus saada lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen palveluja. Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa muun muassa potilasohjausta ja neuvontaa, liikunnallista kuntoutusta ja sopeutumisvalmennuskursseja. Ammatillinen kuntoutus merkitsee esimerkiksi työkykyarviointia, työolojen järjestelyä ja uudelleen koulutuksen järjestämistä. Terveydenhuolto,

Kela ja työeläkelaitokset tarjoavat julkisia palveluita, joita täydentävät sydämpiirit ja valtakunnalliset sydänyhdistykset Raha-automaattiyhdistyksen tuella. (Sydänliitto 2008.)

2.1.2 Saumaton hoitopolku

Valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisena kehittämistavoitteena ovat olleet saumattomasti yli organisaatiorajojen järjestettävät sosiaali- ja terveysterveyst, jotka ottavat huomioon asiakkaan palvelutarpeet. Saumattomien palveluketjujen kehittämisen ovat mahdollistaneet sähköisten tietoverkkojen, tietoteknologian ja etäteknologian nopea kehittyminen ja käyttöönotto sekä organisaatioiden keskinäinen verkottuminen. Sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalivakuutuksen moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön joustavan järjestämisen mahdollistaa tietoteknologia, joka oikein toteutettuna voi parantaa palvelujen laatua, nykyistä helpompaa saatavuutta, joustavuutta ja kustannustehokkuutta. Saumattomien palveluketjujen käytännössä toteutumisen edellytyksenä on alueellisen ohjauksen ja seurannan järjestäminen. Organisaatioiden johdon tulee sopia alueellisista palveluohjelmista ja niiden seurantamekanismeista. (Hänninen, Koivunen & Paaso 2001, 25- 80.)

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain mukaan noudatetaan potilaiden hoitamisessa hoidon porrastusta, jonka tarkoituksena on taata potilaille heidän sairautensa edellyttämä hoito mahdollisimman tarkoituksenmukaisessa paikassa. Vuoden 1990-luvun alusta lähtien on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta muutettu tarkoituksena tasapainottaa palvelujen tarjontaa. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee olla hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tiiviimpää. Hoidon vaivattoman ja joustavan sujumisen kannalta eri palvelujen tuottajien välillä on edellytyksenä saumattomien palvelusuunnitelmien laatiminen. Saumattomien palveluketjujen mahdollistamisen edellytyksenä on tarkastelutavan ja ajattelun muutos sekä teknologian hyödyntäminen potilaan palveluketjun seurannassa ja tehostamisessa. (Holmia ym. 2008, 44.)

Ruotsalaisen (2006) tutkimuksen mukaan potilaan kokonaishoidon saumattomuuden kehittämisessä auttaa tiedon tuottaminen hoitoprosessien etenemisestä. Tieto sekä estää että edistää potilaan osallistumista päätöksentekoon ja omaan hoitoon hoidon eri vaiheissa. Potilaan kannalta tiedon tulisi kattaa keskeiset tiedolliset sisältöalueet. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan klinisiä asiantuntijoita hoidon sujuvan etenemisen turvaamiseksi. Hoito- ja palveluketjukuvaus tulisi sisällyttää potilasohjaus. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön merkitystä tulisi korostaa. Potilaan kotiuttamisessa on vuoropuhelu eri organisaatioiden välillä keskeistä. Potilaan kotiuduttua sairaalasta hänellä tulisi olla toimiva ja pysyvä yhteys terveydenhuollon henkilöön tunteakseen tulevaisuutensa turvallisemmaksi ja varmemmaksi. (Ruotsalainen 2006, 52, 164-168.)

Palvelujen saatavuus ja riittävyys, nopea hoitoon pääsy, oikea diagnoosi sekä oikea-aikainen, joustava, tehokas ja laadukas hoito ja kuntoutus ovat kansalaisille asiakkaina ja potilaina tärkeitä asioita. Sähköisellä tietojärjestelmällä uskotaan helpotettavan sektorien välistä, asiakasta koskevaa tiedonsiirtoa ja palvelujen kehittämistä. Haasteellista on kuitenkin saada perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon yhtenäiset, keskenään kommunikoivat tietojärjestelmät. Saumattomille, sektorirajat ylittävälle palvelu- ja hoitoketjuille sekä yhteistyölle on sekä turvana että esteenä asiakasta/potilasta koskeva tietosuojajärjestelmä. (Silvennoinen-Nuora 2010 19, 324.)

Sähköinen tietojärjestelmä asettaa vaatimuksia teknologialle, formaateille, tietosuojalle sekä osaamiselle. Terveystietojärjestelmällä on suuri tarve dokumentaatiolle johtuen toiminnan luonteesta. Ideaalisairaalan mallin mukaan tulevaisuuden terveydenhuollossa tiedonkulku on katkeamaton, vapaasti välittyvää, reaaliaikaista, kaksisuuntaista ja tasa-arvoista mukaan lukien sekä toimijat että potilaat. Lisäksi tieto on toimintaa ohjaavaa, oikea-aikaista, päivitettyä jne. Tiedon tuotto on liitetty saumattomasti hoitoprosesseihin ja niiden mittareihin kaikkien toimijoiden osalta. Tiedonkulun kulkeutumista seurataan ja kehitetään järjestelmällisesti. Lääketietojen ja lisämateriaalin katsominen sähköisesti ja oikea-aikaisesti mahdollistuu. Hoitopalaute ja liitetiedot tullaan tuottamaan yhteiseen portaaliin, josta ne ovat käytettävissä sähköisesti ja kaikille yhtäaikaaisesti. Potilaan informointi on läpinäkyvää ja jatkuvaa, jolloin se tukee hoitopolun toteutumista saumattomasti. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä kehitetään sähköisten potilastietojen ja konsultaation lisäämisellä sekä yhteisesti sovittujen jatkotoimenpiteiden toteuttamisella. Tiedonkulun verkostossa ovat mukana myös muut terveydenhuollon toimijat sekä yksityissektori. (Aaltonen ym. 2008, 77-80.)

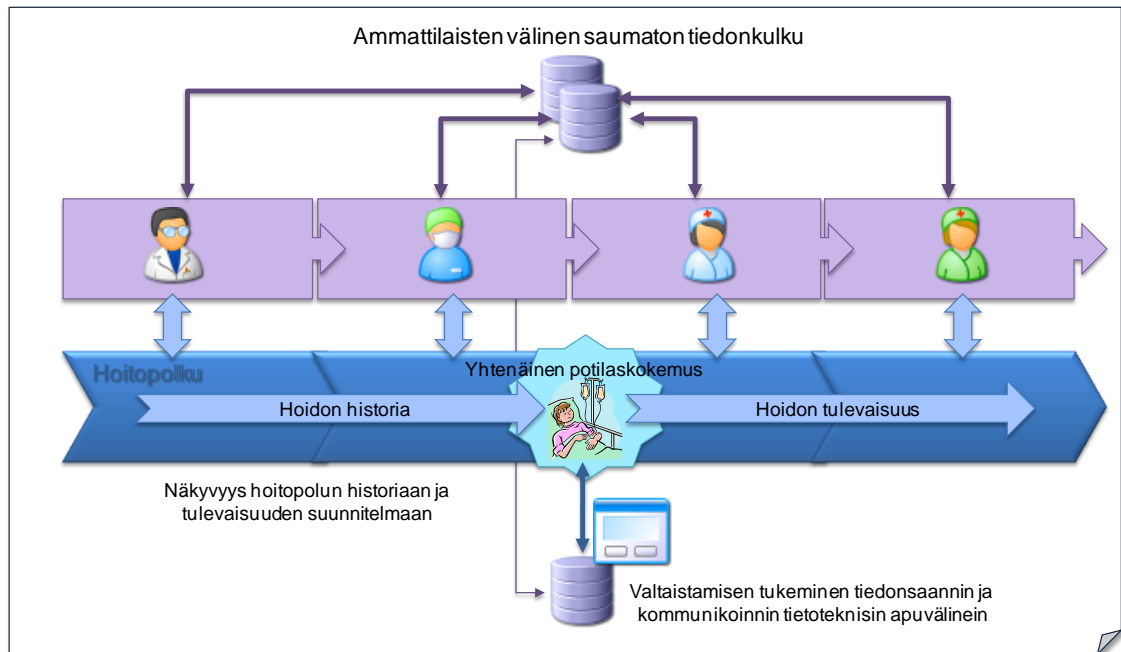
Muutamissa Suomen kunnissa on sydänpotilaan jatkohoito toteutettu sydänhoitajamallin avulla. Sydänhoitajan pääsääntöisiin tehtäviin kuuluu potilaan vastaanotto perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa aloittamalla sairaalahoidon jälkeinen sydänkuntoutus osana potilaan hoitoa. Hoitoketjun saumattomuus takaa hoitoprosessin jatkumisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Pellikka 2007, 34.)

Hoidon saumattomuuteen vaikuttaa keskeisesti potilaan hoitohistorian läpinäkyvyys, eli potilas tietää hoitopolkunsuomen menneisyyden ja tulevaisuuden: Potilaalla on tiedossa oma hoitohistoriansa, sairaskertomukset, tulokset ym. Samoin potilaalla on tiedossa mitä tulevaisuudessa tulee tapahtumaan ja hän saa siitä ajan tasalla olevaa tietoa jatkuvasti. Potilaan informointi on läpinäkyvää ja jatkuvaa, jolloin se tukee hoitopolun toteutumista saumattomasti. (Aaltonen ym. 2008, 77-80.)

Potilas on aktiivisessa roolissa oman hyvinvointinsa ylläpidossa, joten hän pystyy tällöin valtaistumaan ja olemaan aktiivinen toimija oman hyvinvointinsa hallitsemisessa. Potilaan

tukena olisi tietotekninen kommunikoinnin ja tiedonsaannin apuväline (Pärjään). (Nykänen, Mäkinen & Seppälä 2010, 5.)

Kuvio 3 esittää tiivistyksen hoitopolun saumattomuuden keskeisistä elementeistä.



Kuvio 3: Saumattoman hoitopolun keskeiset elementit

Sydän ja verisuonitautien ennaltaehkäisy

Elintavoilla on vaikutus yksilön terveyteen ja sairauksien syntyyn. Sydän- ja verisuonitaudit ovat eräs yleisimmistä kansantaudeista Suomessa. Niiden kansantaloudellinen merkitys on suuri. Työikäisten keskuudessa sydän- ja verisuonisairauksien on havaittu vähentyneen, kun taas ikääntyneiden ikäryhmissä ne ovat lisääntyneet. Huolimatta keski-ikäisten kuolleisuuden vähenemisestä, sepelvaltimotaudin aiheuttama sairaalapalveluiden tarve on kasvanut. Terveyspolitiikan linjaukset Suomessa ovat 1980-luvulta lähtien perustuneet Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All-ohjelmaan. Euroopan alueen Health 21-Health for All in the 21st Century päätavoite perustuu ihmisen terveyden edistämiseen ja suojeluun elämän eri vaiheissa sekä sairauksien esiintymisen vähenemiseen ja niihin liittyvään kärsimyksen lievittämiseen. Ohjelman painopiste on riskeihin vaikuttamisessa, perhe- ja yhteisölähtöisessä perusterveydenhuollossa, integroidussa terveystalv palvelujärjestelmässä sekä poikkihallinnollisessa yhteistyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 23.)

Suomen terveydenhuollossa suurimpia ongelmia ovat aivoverenkiertohäiriöt. Riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön kasvaa iän myötä. Aivoverenkiertohäiriö johtuu tavallisesti kohonneesta

verenpaineesta ja iäkkäillä ihmisillä aivovaltimon repeämisestä. Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä ovat verenpainetauti, sydänsairaudet, korkea kolesterolipitoisuus, diabetes, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ylipaino ja liikunnan puute. Aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa tärkeää on ennaltaehkäisy, joka perustuu elämäntapamuutoksiin. (Sivenius 2009.)

Valtioneuvosto on määritellyt Suomen terveystaloudelliset pitkän aikavälin tavoitteet ohjelmassaan, jossa kansalaisen oma rooli terveyden edistämiseksi sekä arkielämän ympäristöjen merkitys ovat korostetussa asemassa. Ohjelmassa tavoitteet asetetaan eri ikäryhmille ja yhteisesti kaikille terveyden edistämiseksi. Hoitotyön toimintatapojen uudistaminen ja hoitotyössä toimivien tehtäväkuvien laajentaminen ovat edellytyksenä terveydenhuollon toiminnalliselle ja rakenteelliselle muutokselle. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyössä toimivien roolia tulee vahvistaa mahdollistamaan potilaan hoidon arviointia, oikeaan hoitopaikkaan ohjaamista, potilaan hoitotyötä sekä neuvontaa kroonisissa sairauksissa. Hoitotyön kaikissa palveluissa on vahvistettava ehkäisevää ja kuntouttavaa työtä sekä kansantautien ehkäisyä, seurannan ja hoidon edellyttämiä valmiuksia. Potilaille pyritään tarjoamaan itsehoitotaitoja edistäviä vaihtoehtoja laajentamalla hoitotyössä toimivien tehtäväkuvia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 24-26.)

Potilaan elämäntapaohjauksella on merkittävä vaikutus terveyden edistämiseksi ja kansantautien ehkäisyssä. Väestön koulutustason nousun ja informaatioteknologian kehityksen johdosta potilaat löytävät itse tietoa osaten sitä myös hyödyntää. Täten potilaiden omahoito vahvistuu. Potilaan terveyttä ja elämänlaatua pystytään tukemaan ohjauksen avulla. Potilaalle tarjotaan tietoa valinnoista, jotka tukevat potilaan terveyttä, mutta viime kädessä vastuu valintojen tekemisestä on potilaalla itsellään. (Nykänen 2008, 18.)

2.1.3 Hoidon priorisointi ja ennakointi

Kansanterveyslain (66/1972, 14§) mukaan kunnilla on vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Käytännön järjestelyistä voivat kunnat sopia keskenään. Perusterveydenhuollon pääyksikön hoitotiimin asiantuntijat toimivat yhteistyössä sekä potilaiden kuin perusterveydenhuollon muiden asiantuntijoiden kanssa konsultoiden tarvittaessa erikoissairaanhoidon asiantuntijoita. Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon moniammatillinen hoitotiimi näyttäisi toimivan, mikäli tiimillä ja asiantuntijoilla olisi riittävät resurssit tehokkaaseen toimintaan. Erityisesti asiantuntijahoitajalle tulisi varata riittävästi aikaa, jolloin yhteydenpito ja mahdollisuus ohjaukseen olisi mahdollista jokaisen apua tarvitsevan potilaan ulottuvilla. Vaikuttavuutta tuottavan hoitoketjun kannalta hoidettavan potilaan kuulluksi tuleminen ja hänen omista lähtökohdistaan hoitaminen on välttämätöntä. Hoidon suunnittelussa ja kotona ja/tai pärjäämisessä huomioidaan potilaan elämäntilanne ja perhe. (Silvennoinen-Nuora 2010, 303.)

Terveyspalvelujen jatkuvasti kasvava kysyntä asettaa haasteita palvelujen saamisen turvaamisessa, niiden laadun ja asiakaskeskeisyyden parantamisessa sekä palvelukustannusten tehostamisessa. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää terveydenhuollon innovatiivisia toimintatapojen kehittämistä vuorovaikutuksessa teknologian kehityksen kanssa. Terveydenhuoltoon kohdistuvat tarpeet ja odotukset kasvavat samaan aikaan, kun taloudellisista ja henkilöstöresursseista on pula. Kyseisten tekijöiden valossa on tarpeellista harkita menetelmiä, joilla vastata taloudellisiin ja henkilöstöresursseihin kohdistuviin odotuksiin sekä pohtia, milloin olisi valintoja tehdessä mahdollisuus hyödyntää esimerkiksi näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Priorisointi eli ensisijaistaminen jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen priorisointiin. Sisäinen priorisointi käsittää valintoja, kuten valinnat hoitomenetelmien välillä, ja ulkoisen priorisoinnin kohteena voi olla potilas. Priorisoinnin toteuttamisessa apuvälineenä voidaan käyttää tasapainotetun tulostestin (Balanced Scorecard) antamaa viitekehystä, joka mahdollistaa strategian viemisen käytännön tasolle. Päätöksentekoa ohjaavat kriteerit toimivat aina terveydenhuollon priorisoinnin perustana. Priorisointi käytettävissä olevassa hoidossa tai menetelmässä perustuu useimmiten sen odotettavissa olevaan vaikuttavuuteen. Priorisoinnissa pyritään kuitenkin huomioimaan potilasta eniten hyödyttävät toimenpiteet. Yhtenäisten ja hyväksytyjen hoitokäytäntöjen luomiseksi on laadittu tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia ns. käypä hoito -suosituksia. Valintojen taustalla olevat syyt saadaan näkyviksi yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja taloudellisten arviointien avulla, sillä päätösten taustalla olevien seikkojen esittäminen lisää potilaiden ja päättäjien oikeusturvaa. (Huttunen 2007, 6-7.)

Hoitoprosessi ja sen kulku

Prosessia kuvaillaan useissa eri lähteissä toisiinsa liittyvien tapausten ketjuna. Prosessin tehtävä on muutos, jonka ainoa välttämätön tapahtumaympäristö on aika. Prosessien tapahtumapaikkoja ovat muun muassa luonto, yhteiskunta, tuotantoelämä, ajattelu ja vuorovaikutus. (Laatuakatemia 2010.)

Prosessilähtöinen ajattelu perustuu asiakkaaseen ja hänen tarpeisiinsa. Käytännössä arvioidaan asiakasta tyydyttävien palveluiden ja tuotteiden laatu sekä suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet ja resurssit tuotteiden ja palveluiden aikaansaamiseksi. Prosessilähtöisen toiminnan tarkastelun tavoitteena on tukea kokonaisvaltaista ajattelua. (Nygren & Nurminen 2011,10.)

Hoitoprosessi on hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintasarja, joka kohdistuu yhden asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen (Vuorenmaa 2005,6). Laadukkaiden ja sujuvien palveluprosessien kehittymisen edellytyksinä ovat henkilöstöresurssien, oppimisen ja osaamisen sekä asiakastarpeiden varmistaminen sekä strategisesti tärkeiden asioiden johtaminen. Prosesseihin liittyviä kriittisiä menestystekijöitä ovat minimaaliset hoitoviiveet, onnistuneet

toimenpiteet, pääsy tutkimuksiin, toimenpiteiden jälkeiset selkeät toimintaohjeet, jatkuvuus jatkohoidossa ja pääsy kuntoutukseen. (Silvennoinen-Nuora 2010 69, 234.)

Prosessien kuvaamisen ja kehittämisen tavoitteena on toiminnan yhdenmukaistaminen ja tehostaminen tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi. Toimintaa kuvaavat mittarit, joilla prosessia voidaan ohjata sen kustannusvaikuttavuutta parantaa, sisältyvät hyvään prosessikuvaukseen. Prosessi voidaan kuvata pääosin samanlaisena toistuvana toimintojen sarjana. Tyypillistä prosessille on pysyvät resurssit, prosessia tukeva syöttö ja tulokset eli tuotetut tuotteet ja palvelut. Ylätasolla voidaan monet terveydenhuollon toiminnot, kuten elektiivinen kirurgia, nähdä prosessina. Sarja tapahtumia yksittäisen potilasryhmän, kuten esimerkiksi sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tulevan potilaan hoitoketju, voidaan kuvata tuotannollisena prosessina. (Aaltonen ym. 2008, 66-67.)

2.2 Sydänpotilas

Sydänpotilaan terveys

Terveys ja sairaus ovat toisiaan läheisessä suhteessa olevia käsitteitä, joiden voidaan katsoa olevan olemassa toistensa kautta. Terveys käsitetään itsestään selvyytensä, sairaus puolestaan normaalitilasta poikkeavana tilana. Kohdatessamme sairauden ymmärrämme, mikä meitä uhkaa tai mitä olemme menettämässä. Käsitteenä terveys ja sairaus eivät ole ehdottomia tai muuttumattomia, vaan moniulotteisia ja dynaamisia. Terveys ei ole ainoastaan sairauden poissaoloa, ja sairaus ei väistämättä tarkoita terveyden kokemuksen poissaoloa. Terveyttä on mahdollisuus tarkastella myös sosiaalisena käytänteenä, jonka saavuttaminen ja ylläpitäminen on nyky-yhteiskunnassamme tärkeää. Terveys on merkityksellinen projekti, joka on jatkuva ja erittäin haasteellinen. Sosiaalisena käytänteenä terveys sisältää vastuun näkökulman: tiedotettaessa terveyteen liittyvistä riskeistä odotetaan yksilön olevan terveystietoinen, yksilö on vastuussa omasta terveydestään, joka toimii autonomian ja hyvän kansalaisuuden indikaattorina. Terveystietoisuuteen sisältyy myös tieto terveyteen kohdistuvista uhista. Terveiden arvostaminen saattaa vaikuttaa myös yksilön identiteettiin: terveyttä arvostavassa kulttuurissa identiteetin määrittymiseen vaikuttaa onnistuminen tai epäonnistuminen terveysprojektin saavuttamisessa. Sairaus voi olla leima, jolla on vaikutusta yksilön minäkäsitykseen. (Kujala 2011, 8.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys on täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, ei ainoastaan sairauksien ja heikkouksien puuttumista. Henkinen ulottuvuus on myöhemmin lisätty määritelmään. Terveysprosessin päämäärä on hyvä elämä tai hyvä elämänlaatu. Lääketieteen sosiologi Aaron Antonovskin teoreettisen näkökulman mukaan salutogeneesi eli terveyslähtöinen koherenssin tunne on vahva kokemus yksilön terveyttä edistävästä oman elämän hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Kokemus sisältää positiivisen

suhtautumisen elämään ja halun hyödyntää henkisiä voimavaroja elämän sitoumuksiin ja velvoitteisiin ja pyrkimyksenä on löytää tekijät, jotka mahdollistavat yksilön siirtymisen terveyttä kohti. Terveydelle haitalliset elämäntavat, kuten tupakointi ja alkoholin runsas käyttö ovat yleistyneet. Elämäntavoilla on suuri merkitys sairauksien ehkäisyssä. Ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutoksilla sekä tupakoinnin lopettamisella on arvioitu voitavan ehkäistä noin 80 prosenttia sepelvaltimotauksista ja 90 prosenttia tyypin 2 diabeteksestä. Lisäksi on osoitettu elämäntapamuutoksen tehoavan lääkehoitoa tehokkaammin metabolisessa oireyhtymässä taudin jo kehittyttyä. Terveys 2015 -ohjelma korostaa yksilön vastuuta luoda viime kädessä omaa elämäänsä valinnoillaan ja toiminnallaan. Väestön käyttäytymiseen ja valintoihin on aina pyritty vaikuttamaan terveydenhuollon taholta. Potilaan omien voimavarojen löytymistä tuetaan ohjauksella aktivoiden potilasta itsehoitoon. (Kraft-Oksala 2010, 10-12.)

Sydänpotilaan hyvinvointi

Hyvinvoinnin määrittelyssä käytetään lukuisia teorioita, joista filosofit ovat olleet hyvin erimielisiä. Hedonististen teorioiden (hedonismi = nautintoa tuottava) mukaan hyvinvointi voidaan määritellä nautinnoksi. Halujen tyydytys -teorian mukaan yksilön halujen tyydyttyminen on hyvinvointia. Haluteorioiden etuna on joustavuus, joka tarkoittaa kaikkien hyvien asioiden huomioon ottamista, joita ihmiset etsivät elämässään. Aito onnellisuus - teorian pyrkimyksenä on korjata vakavimmat vaikeudet hedonistisissa ja haluteorioissa. Aito onnellisuus-teoriassa hyvinvointi on autenttista onnellisuutta. Se on subjektiivista onnellisuutta sisältäen tyytyväisyyttä ja positiivisia tunteita omaa elämää kohtaan. Eettisen eudaimonismin (eudaimonia = onnellisuus tekojen kautta) mukaan hyvinvointi merkitsee ihmisluonnon toteuttamista, itsensä toteuttamista. Viime aikojen tunnetuin versio kyseisestä teoriasta on Amartya Senin ja Martha Nussbaumin (2000) ihmiselle ominaiset kyvyt -teoria, jonka mukaan kymmenen ihmiselle ominaista osatekijää vaikuttaa ihmisen kukoistamiseen, ja joita jokaisen demokraattisen valtion tulisi tukea. Osatekijöitä ovat elämä, ruumiin terveys, ruumiin koskemattomuus, aistimukset, mielikuvitus ja ajattelu. Lisäksi osatekijöihin kuuluu tunteet, yhteys toisiin ihmisiin, huoli toisista eläinlajeista, leikki sekä kyky kontrolloida omaa ympäristöä. (Mattila 2009, 1-3.)

Hyvinvointia voidaan kuvata listateorioiden mukaan asioilla, joita hyvinvoinnin saavuttaminen vaatii, kuten tieto, ystävyys, saavutukset, nautinto. Teorioiden viehätys perustuu muiden teorioiden vaikeuteen huomioida kaikki intuitiomme hyvinvoinnin osatekijöistä. Listateorian mukaan kyse on hyvinvoinnin ja hyvän elämän laadun kokemuksesta. Tähän tilaan pääsemisen edellytyksenä on listattu seuraavia hyvän elämän piirteitä: tyytyväisyys elämään ja onnellisuus, henkisyys ja mielekkyys elämässä, positiivisia asenteita ja tunteita, rakastavia sosiaalisia suhteita, kiinnostavia toimintoja ja työt, elämän arvojen ja tavoitteiden saavuttamista, fyysistä ja mielenterveyttä, materiaalista omaisuutta perustarpeidemme tyydyttämiseen. (Mattila 2009, 1-3.)

Potilaan itsehoito

Dorothea Oremin vuonna 1980 kehittämän itsehoitomallin mukaan itsehoito on toimintaa, joka kuuluu jokapäiväiseen elämään. Itsehoidon käsitteet, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään, voidaan jaotella seuraavasti: itsehoito (self-care), itsehoitovalmius (self-care-agency), terapeuttinen itsehoidon vaatimus (therapeutic-self-care-demand), itsehoitovajaus (self-care-deficit) ja hoitotyön valmius (nursing agency)) sekä hoitamisen toiminnot (nursing systems). Itsehoito on ensisijaisesti ympäristöstä omaksuttuihin tietoihin, tottumuksiin ja arvoihin perustuva, mutta se voi toteutua myös ihmisen ja terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyönä. Lisäksi itsehoito on toimintaa, joka on tietoista ja tarkoituksenmukaista, koska toiminta pohjautuu tietoon, valintaan, päätöksentekoon ja vaikutusten tarkkailuun. Oremin mallin mukaan ihmisille kohdistuvat yleiset itsehoitovaatimukset ovat kaikille yhteisiä. Itsehoitovaatimuksiin kuuluvat riittävän puhdas ilma, vesi ja ravinto, eritystoiminnot, tasapaino aktiivisuuden ja levon välillä, yksinäisyyden ja sosiaalisen elämän tasapaino, elämää ja hyvinvointia uhkaavien tekijöiden ehkäisy. Yleensä yksilöt kykenevät vastaamaan kyseisiin vaatimuksiin itse esimerkiksi ravinnon, hygienian ja liikunnan avulla. (Fawcett 1984, 179-199.)

Itsehoidon määritelmä WHO:n mukaan (1980) korostaa itsehoidon lähtökohdaksi sosiaalista järjestelmää, jossa ihmisen rooli on aktiivisena toimijana oleminen. Se liittyy itsehoidon tutkimuksen elämäntapatutkimukseen, jossa yksilövastuun korostamisen sijaan korostuvat konteksti ja merkitys. Itsehoito tulisi ymmärtää osana ennaltaehkäisyä, arkielämään kuuluvina terveyttä edistävinä tapahtumina, joita yksilö läheisistään huolehtimiseksi toteuttaa, joihin merkityksillä, normeilla ja valtarakenteilla on vaikutusta. Kansalaisten itsehoidon edellytyksenä on itsehoitoa mahdollistava politiikka, ympäristöt ja yhteisöt, jotka tukevat itsenäisyyttä sekä yksilön taidot ja palvelut. (Hyppönen & Niska 2008, 13-14.)

HUS:n Ihannesairaala -mallin mukaan potilaan rooli potilas vastaan asiantuntija on vaihtunut kumppanuudeksi potilaan ja hoidosta vastaavan henkilöstön välille: potilaalle mahdollistetaan osallistuminen aktiivisesti hoitoonsa ja siinä tapahtuvaan päätöksentekoon. Hoidon tuloksellisuutta, potilaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon osallistumisen mahdollisuutta ja asiakastyytyväisyyttä sekä kyseisestä sairaudesta johtuvien uusien hoitajaksojen vähentämistä pyritään edistämään tukemalla potilaan ja hänen läheistensä omahoitovalmiuksia. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen kotiutussuunnitelma, joka pannaan käytäntöön heti hoitajakson alussa tai ennakoivasti. Hoitosuunnitelma on kaikkien ammattiryhmien käytössä ja se on suunniteltu ja toteutettu yhteisten, määriteltyjen standardien mukaisesti. Potilas saa oikea-aikaisesti omahoitoa tukevaa tietoa ja ohjausta. Lisäksi läheiset otetaan, potilaan toivomusten rajoissa, aktiivisesti mukaan omahoidon ohjaukseen. (Aaltonen ym. 2008, 89-92.)

Kujalan mukaan asiakas/potilaslähtöisyys on hyvin monimuotoista. Kunnille suunnatuissa laadunhallinnan ohjeissa on lähtökohtana terveystalvelujen laadun perustuminen asiakkaan/potilaan tarpeisiin, joiden perusteella asiakas määritellään. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) määrittelee potilaaksi henkilön, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluja tai on muuten niiden kohteena. Terveystalvhuollossa käytetään yleisesti käsitettä asiakas henkilöstä, joka käyttää erilaisia avohuollon palveluja. Asiakaslähtöisyys perustuu asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja odotusten huomioimiseen siten kuin asiakas ne ilmaisee. Periaatteena asiakaslähtöisessä laadussa on edesauttaa yksilön mahdollisuuksia ottaa vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Yksilöllä tulee olla oikeus mahdollisimman hyvään palvelutuotantoon. Hoidon periaatteet, joilla henkilökunta pystyy vastaamaan asiakkaan tarpeisiin, tulee hyväksyä yhdessä asiantuntijoiden ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Osallisuus on kokemuslottuvuus, joka pitää sisällään asiakkaan mielipiteen kuulemisen ja vaikuttamismahdollisuuden hoitoonsa. Asiakaslähtöisyys ja osallisuus voidaan määritellä rinnakkaiskäsitteinä, jotka sisältävät asiakkaan osallisuuskokemuksen ja hoidon toteutumisen lain yksilölle edellyttämällä tavalla. (Kujala 2003, 29-31, 73.)

Pitkäaikaissairausten hyvän hoidon edellytyksenä on itsehoito vaaratekijöiden vähentämiseksi. Hoitoon sitoutuminen merkitsee ohjeiden noudattamisen lisäksi tavan toimia. Potilaalla on velvollisuus vastata hoidostaan ja elämäntavoistaan. Tieto sairauksista ja asioista, jotka vaikuttavat terveyden edistämiseen, on entistä enemmän tarjolla. Sydänpotilaiden ohjauksessa tulee hyödyntää tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa kaikissa hoitopolun vaiheissa. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja hoitotyön laadun ja tulosten parantaminen. Sydänpotilaan ohjauksessa potilas nähdään osallistuvana jäsenenä ohjausprosessin kaikissa vaiheissa. (Klemola 2005, 29-31.)

2.3 Sähköiset terveystalvelut

Termiä sähköinen asiointi on Hanna Partasen (2011) tutkimuksen mukaan kuvattu eri lähteissä vielä vakiintumattomaksi, jopa ristiriitaiseksi käsitteeksi. Käsite on vielä niin uusi, että yhteisesti hyväksyttyjä määritelmiä ei ole muodostunut. Määritelmien tapauskohtainen käyttö, joka on riippuvainen asiointilasta ja asiayhteyksistä, on syynä määritelmien epämääräisyyteen. Tilanteen on todettu olevan samanlainen sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Sähköisen asioinnin käsitteelle keskeistä on palveluiden saatavuus ajasta ja paikasta riippumatta ilman fyysistä läsnäoloa organisaatiossa. Sähköisen viestin lähettäminen on keskeisin tunnusmerkki. Tutkimusten mukaan Suomessa on Internetin käyttö maailman huippuluokkaa. Viitaten Tilastokeskuksen julkaisemaan tutkimukseen (2008), voidaan todeta, että suomalaisista 17-74-vuotiaista 83 prosenttia on ilmoittanut käyttäneensä Internetiä viimeisen kolmen kuukauden aikana lähes päivittäin. Maailmanlaajuisesti suurin osa Internetin käyttäjistä tulee Pohjois-Amerikasta ja Euroopasta. (Partanen 2011,6-7.)

Partasen (2011) tutkimuksen mukaan Ruotsissa tehty tutkimus osoittaa, että tärkein kontaktimuoto terveydenhuollossa tulee aina olemaan kohtaaminen kasvotusten, mutta uusien vuorovaikutteisen sähköisen asiointin muodoilla voidaan terveydenhuoltoon pääsyä lisätä. Tämä tarkoittaa sitä, että potilailla on mahdollisuus ottaa yhteys terveydenhuollon ammattilaisiin riippumatta vuorokauden ajasta ja jättää viesti terveydenhuollon ammattilaisille. Vuorovaikutteista sähköistä asiointia terveydenhuollossa on tarjolla tietyille potilasryhmille, kuten diabetesta sairastaville, äitiyshuollon asiakkaille ja sepelvaltimon ohitusleikkauksesta toipuville. Asiakkaille tarjotaan tietoa terveydestä ja sairauksista sekä tarjotaan vuorovaikutteisia kanavia, joissa pyritään motivoimaan potilasta, herättämään potilaan oma aktiivisuus terveystensä edistämiseksi, kokonaisvaltaisen elämäntapamuutoksen toteuttamiseksi ja saamaan potilas osallistumaan omaan hoitoonsa. (Partanen 2011, 10-11.)

Eri tutkimusten mukaan kehittyneisiin vuorovaikutteisiin asiointipalveluihin ei terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalvelujen peruspalveluissa ole vielä edetty. Tiedonvälitys terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalveluissa tapahtuu pääasiallisesti yhdensuuntaisesti. Tilanteen kuvataan olevan samanlainen myös kansainvälisesti. Vuonna 2006 Euroopan Unionin maista yli puolella oli yleistä terveyteen liittyvää tietoa tarjoavat verkkosivut. Lisäksi tarjottiin tietoa palveluista ja sairauskohtaista tietoa. Ainoastaan vajaalla kolmasosalla oli tarjolla vuorovaikutteisia palveluja, kuten kysymys-vastauspalsta. Muita kansalaisille tarjottavia vuorovaikutteisia asiointipalveluja ovat ajanvarauspalvelu, Internetin välityksellä toimiva verkkoneuvontapalvelu sekä hoitoviestipalvelu tai neuvontapalvelu, johon kirjaudutaan omilla verkkopankkitunnuksilla ja palvelun käyttöoikeudet haetaan hoitoyksiköstä. (Partanen 2011, 20-23.)

2.3.1 Omahoitopalvelut

Annina Rantasen (2010) kandidaattityön mukaan keskeisimpiä viime vuosina kehitettyjä hankkeita Suomessa ovat Oulun ja Espoon omahoitohankkeet, eKatselu-palvelu sekä yliopisto-opiskelijoiden sähköinen verkkoneuvontapalvelu. Oulun omahoitohanke toteutettiin vuosina 2006-2009. Omahoitopalvelu on kuntalaisille tarkoitettu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä pitkäaikaissairauksien hoitoon keskittynyt ajasta ja paikasta riippumaton verkkopalvelu. Palvelu mahdollistaa oman terveystietokansion kokoamisen sekä aktiivisen omahoito-osion, johon kirjaudutaan omilla verkkopankkitunnuksilla. Terveystietokansion välityksellä voidaan tiettyihin terveyspalveluihin tehdä ajanvarauksia ja saada tiettyjen laboratoriotutkimusten tulkit lääkäriltä. Käyttäjä voi omahoito-osion avulla tallentaa sairauteensa liittyviä seurantamittauksia sekä pitää ruoka- ja liikuntapäiväkirjaa. Yleiseltä sivustolta on mahdollisuus etsiä luotettavaa tietoa ja neuvontaa sekä ohjausta käyttäjän tarvitsematta tunnistautua palveluun. (Rantanen 2010, 7-9.)

Tutkimuksessa mainitaan Espoon omahoidon toteutuneen vuosina 2005-2010. Sen palvelu on suunnattu lähinnä pitkäaikaissairaille. Palvelun tarkoitus on tukea potilaan omahoitoa korostamalla potilaan omaa osaa ja vastuuta sairautensa hoidossa. Palvelu mahdollistaa terveyskeskustyöntekijöiden resursoinnin entistä selkeämmin ja tehokkaammin. Palveluun kuuluu myös tekstiviestimuistutus laboratoriotuloksista, jotka ovat tulleet terveyskansioon ja sovituiista seurantakäynneistä. Palvelun terveyskansio-osion käyttö vaatii käyttäjän tunnistautumista omilla verkkopankkitunnuksillaan. Terveyskansio-osuus sisältää terveystietojen näytön, kysymys-vastauspalvelun ja ajanvarauksen. Palvelun yleissivuilla oleviin osioihin ei tarvita tunnistautumista. eKatselu sai alkunsa vuonna 2007 uuden lainsäädännön myötä, mutta se ei ole vielä käytössä. eReseptin käyttö on aloitettu vuonna 2010. Se liittyy KanTa-hankkeeseen eli kansalliseen Terveysarkistoon, jossa kansalainen voi katsella omia resepti- ja potilastietojaan. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön internet-sivut tarjoavat verkkopalveluita verkkoneuvontaan, ajanvarauksen peruuttamiseen sekä palautteen antamiseen. Valtakunnallisesti palvelu tuli käyttöön vuonna 2002. Muita hankkeita ovat muun muassa Hyvis, eKlinikka sekä Kaste. (Rantanen 2010, 9-11.)

Tutkimuksen mukaan omahoitopalveluiden voidaan todeta olleen haluttuja potilaiden keskuudessa. Palvelut mahdollistavat oman terveydenhuollon seurannan ajasta ja paikasta riippumatta toimien hyvin terveyskeskuskäyntien rinnalla. Lisäksi potilaat ovat olleet palveluihin tyytyväisiä. Espoon omahoitopalvelun pilottihankkeen kysyntä oli toistaiseksi Ouluun verrattuna vähäistä, mikä voitaisiin selittää tiedotuksen vähäisyydellä ja puutteellisuudella. Ylioppilaiden sähköisillä terveyspalveluilla on kysyntä ollut tasaista. Opiskelijat ovat olleet tietoisia palvelusta, koska se on ollut kauan käytössä. Omahoitopalvelun käytettävyyssuunnittelun voidaan todeta onnistuneen. Lisäksi Ominaisuuksia on paranneltu pilottivaiheen jälkeen. (Rantanen 2010, 24.)

Sähköisten terveyspalveluiden käyttö potilaan näkökulmasta

Mari Mustamäen (2007) pro gradu -tutkielmassa on kuvattu sähköistä asiointia perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa on kartoitettu asiakkaiden kokemuksia Papa-seulonnan ajanvarauksen toiminnasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laboratoriolikelaitoksen kolmivuotisessa pilottikokeessa. Tutkimuksessa tehtyyn kyselyyn oli vastannut 522 henkilöä, jotka kaikki olivat käyttäneet Internetiä ajanvaraukseen. Internet-ajanvarauksen käyttäjät tulivat Helsingin kaupungin alueelta. Ikäjakauma painottui nuorempiin, suurin ikäryhmä olivat nuoret (25-35-vuotiaat). (Mustamäki 2007, 40.)

Tutkimuksen mukaan suurin osa Internetin käyttäjistä oli tottunut käyttämään Internetiä ja he osasivat myös käyttää sitä. Internetin käytön valitsemiseen ajanvarausten tekemiseen vastaajista puolet ilmoitti syyksi käytön helppouden, nopeuden ja edullisuuden verrattuna puhelimella tehtävään ajanvaraukseen. Odotuksiin internet - ajanvarauksen käytöstä tulevaisuuden suhteen tutkimuksessa selvisi, että suurin osa vastaajista käyttäisi kaikkiin terveydenhuollon toimintoihin

Internet-ajanvarausta. Useiden vastaajien mielestä Internet-ajanvaraus sopii sellaisiin ajanvarauksiin, joissa ei ole akuuttia tarvetta esittää kysymyksiä. Tekniseen laatuun kuuluvat helppous ja nopeus sekä hyvä tietoturva toteutuivat vastaajien mielestä hyvin. Tutkimuksessa tulivat selvästi esille Internet-ajanvarauksen myönteiset puolet, kuten saavutettavuus ja käytön riippumattomuus ajasta ja paikasta. (Mustamäki 2007, 40-45.)

Rantasen (2010) tutkimuksessa tarkastellaan neljää sähköistä terveystalveta sekä niiden käytettävyyttä ja käytettävyyssuunnittelua. Painopiste terveystalvuiden kehittämisessä on sähköisten terveystalvuiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Haasteena sähköisten terveystalvuiden kehittämisessä on talvuiden käytettävyys. Talvuiden käyttämisen kohteena on kansalainen, joten keskeisenä suunnitteluperiaatteena on suunnitella kaikille - periaate, jossa pyrkimyksenä on tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden luominen huomioimalla kaikki käyttäjät. Sähköisten terveystalvuiden käytettävyys ja talvuiden käytettävyyden suunnittelu liittyvät käytettävyys-termiin. Käytettävyttä kansalaisten näkökulmasta tarkasteltaessa huomioidaan myös talvun esteettömyys. Talvun suunnitteluvaiheessa määritellään käytettävyys, joka on ei-toiminnallinen laatuvaatimus. Käytettävyyden komponentit voidaan jaotella opittavuuteen, muistettavuuteen, tehokkuuteen, pieneen virhealttiuteen sekä miellyttävyyteen. Talvuiden käytettävyyteen lisätään usein termi käyttökokemus, joka määrittelee järjestelmän laadun käyttäjän saamien kokemusten perusteella. Käyttäjän tavoitteet, ennako-odotukset sekä käyttöpainet järjestelmän käytön suhteen vaikuttavat talvusta saatuun kokemukseen. Lisäksi käyttäjän luonteenpiirteillä, mielikuvilla ja mielialalla on todettu olevan merkitystä käyttäjäkokemukseen. (Rantanen 2010, 3-7.)

Maiju Tompurin (2010) kandidaattityössä on selvitetty kansalaisille suunnattujen sähköisten terveystalvuiden nykytilaa ja kehitystä. Talvuiden kehittämiseksi on tehty kartoitus kansalaisten tarpeista, asenteista ja suhtautumisesta talvuija kohtaan. Suomessa ja maailmalla on kansalaisille suunnattu hyvin monipuolisia sähköisen tervetdenhuollon talvuita. Monissa maissa on lainsäädäntöön liitetty kohtia, jotka velvoittavat parempien sähköisten tervetdenhuollon talvuiden kehittämiseen ja siten vahvistamaan kansalaisten asemaa heidän tehdessään päätöksiä omassa tervetdenhoidossaan. Viranomaiset, ministeriöt, tervetyskeskukset ja kaupalliset tahot tarjoavat eHealth-talvuita. Kansalaisten oma kiinnostus sähköisiä talvuija kohtaan, lainsäädännön muutokset sekä Internetin käytön yleistyminen etenkin tiedonhakuun on edistänyt talvuiden kehitystä. Kansalaisille tarjottavat talvut keskittyvät usein tiedon tarjoamiseen. Maailmalla on Suomea enemmän esimerkkejä tervetysprofiileista ja tervetystalvuita, joita käyttäjällä on mahdollisuus itse hallinnoida. (Tompuri 2010, 24.)

Tutkimuksessa todetaan sähköisten terveystalvuiden tarkoituksen olevan pyrkimys tukea kansalaisia päätöksenteossa ja osallistumisessa omaan hoitoonsa enemmän, esimerkiksi tarjoamalla mahdollisuuden oman hoitopaikan tai lääkärin valitsemiseen. Sähköisten

terveyspalvelujen käyttämisestä tulee kansalaisilla olla tunne, että niistä saatava hyöty on siinä määrin suuri, että osa perinteisestä terveyteen liittyvästä viestinnästä olisi kannattavaa muuttaa sähköiseksi. (Tompuri 2010, 25.)

Internetin välityksellä tapahtuva terveyspalvelujen käyttö on kansalaisille luontevaa, koska he ovat itse aktivoituneet terveyteen liittyvän tiedon hankkimisessa ollen ahkeria Internetin ja sähköpostin käyttäjiä. Sähköisille terveyspalveluille on vahva tarve väestön ikääntymisen vuoksi: tietoa voidaan palvelujen avulla helposti siirtää hoitotahojen välillä, järjestää omahoitoa ja välttyä fyysisen siirtymisen rasitukselta. Ikääntyville suunnatuista palveluista hyötyvät myös vanhusten omahoitajat, joille avautuu mahdollisuus seurata vaivattomammin vanhuksen terveydentilaa ja sairaalakäyntejä. Sähköisten palvelujen suurimpia haasteita on saada kansalaisten ulottuville luotettavia tietoja. Kansalaisten jonkinasteinen lähdekritiikin puute lisää haasteellisuutta. Kansalaisten asenteet ja kokemukset vaikuttavat sähköisten palvelujen käyttöönoton halukkuuteen. (Tompuri 2010, 25-26.)

Hyppösen (2008) Stakesille toimittaman tutkimuksen mukaan ikääntyvien motivaatio käyttää tieto- ja viestintätekniisiä palveluita vaihtelee. Osa tutkimusta varten haastatelluista ei osannut tai halunnut käyttää tietotekniikkaa hyvinvointipalveluissa. Kiinnostusta tietotekniikan tarjoamiin mahdollisuuksiin kuitenkin myös ilmeni, koska niiden katsottiin voivan tukea itsenäistä selviytymistä. (Hyppönen 2008, 39-40.)

Tompurin (2010) tutkimuksen mukaan sähköisiä palveluita aiemmin käyttäneiden suhtautuminen niihin on myönteisempää kuin ei-käyttäjien. Käyttäjän kokemusten yhteensopivuus palvelun kanssa, palvelusta saatu hyöty ja koettu riski vaikuttavat kansalaisten asenteisiin sähköisiä palveluita kohtaan. Luottamus palveluun ja palvelun tarjoajaan parantaa käyttäjän kokemaa hyödyllisyyttä ja helppokäyttöisyyttä. Palvelujen käytettävyydestä on suhteellisen vähän tutkimuksia. Tulevaisuuden sähköisiä terveyspalveluita tulisi kehittää aina läheisessä yhteistyössä käyttäjien kanssa, jotta helppokäyttöisyyttä voitaisiin kehittää. Olemassa oleviin palveluihin kaivattaisiin lisää käyttäjäystävällisyyttä ja ymmärrettävyyttä, jotta ihmisten halua vastaanottaa uusia palveluita voitaisiin parantaa. Kansalaiset tulisi saada ymmärtämään eHealth-palveluiden käytöstä johtuvat hyödyt, jolloin heitä voitaisiin motivoida käyttämään niitä. (Tompuri 2010, 25-26.)

Andrew Websterin toimittamasta teoksesta käy ilmi, että kansalaiset käyttävät tietotekniikkaa apuna etsiessään terveystietoa ja selvittäessään sairauksien oireita. Tutkimusten mukaan kansalaiset etsivät tietoa myös tullakseen ”hyviksi potilaiksi” sen sijaan, että tuhlaisivat lääkärin aikaa vastaanotolla. Terveystietojen etsinnän on todettu myös lisäävän epävirallista terveystyötä sekä kansalaisten itsehoidon ja muista huolehtimisen lisääntymistä poistamatta

kuitenkaan kansalaisten terveydenhuollon tarvetta tai luottamusta terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan. (Webster 2006, 70.)

Ammattilaisen näkökulma

Johanna Castren (2008) on väitöskirjassaan tutkinut potilaan ja lääkärin välisen sähköpostiviestinnän ja yleisellä tasolla terveysterveystietoa antavan verkkoneuvontapalvelun käyttöä osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Väitöskirjan tulosten perusteella asioita, jotka opiskelijaterveydenhuollossa aikaisemmin hoidettiin vastaanotolla, hoidetaan nykyisin puhelimitse ja sähköisesti. Tutkimuksen mukaan merkittävä osa lääkärin työtä ja potilaiden hoitoon liittyvää tietoa jää kirjaamatta, koska nykyiset lääkärin työn kirjaamismenetelmät eivät suoraan tue sähköisten kontaktien kirjaamista. Terveysterveystietä tarvitaan teknisiä ratkaisuja, jotka mahdollistaisivat potilaan ja terveydenhuollon välisen sähköisen viestinnän ja puhelinkontaktin liittämisen suoraan potilaskertomukseen. Kyseisillä ratkaisulla olisi potilasturvallisuutta ja kaikkien osapuolten oikeusturvaa parantava vaikutus. (Castren 2008, 11.)

Paula Harjun (2003) pro gradu -tutkielmassa on kuvattu työntekijöiden kokemuksia terveysterveystietojen hoitamisesta nettineuvonnan avulla verraten niitä puhelinneuvontaan. Tutkielman tavoitteena oli selvittää tämänhetkinen tila sekä puhelin- että nettineuvonnan osalta ja pohtia, mitä mahdollisuuksia sähköinen asiointi tarjoaa ottaen huomioon tarpeen arviointiin liittyvät vaatimukset. Harjun tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa tehdyn selvityksen mukaan erästä maksullista terveydenhuollon verkkopalvelua käyttäneiden asiakkaiden terveysterveystietojen koskivat heille arkaluontoisia asioita, joihin asiakkaat eivät olleet hakuohjelmista osanneet, kysyneet tai ehtineet etsiä vastauksia. Lisäksi tutkimukset osoittivat suurimman osan käyttäjäkannasta olleen nuoria miehiä, jotka olivat tottuneet käyttämään internetiä ja saivat käyttää sitä myös työpaikallaan. Myös suomalaistutkimuksen mukaan terveystietoa Internetistä hakivat nuoret, miehet, korkeassa asemassa olevat sekä henkilöt, joilla oli hyvä terveys. Tutkimukset puhelinneuvonnan järjestämisestä, vaikuttavuudesta ja asiakastyytyväisyydestä osoittivat Englannilla olevan puhelinneuvonnassa pitkät perinteet. Tutkimusten mukaan hoitajien puhelinneuvonnalla oli lääkärin työtaakkaa vähentävä vaikutus soittajien saadessa nopeampaa tietoa ja neuvontaa terveydestään. Puhelinneuvonta vähentää tutkijoiden mukaan perusterveydenhuollon kustannuksia päällekkäisyyttä poistamalla ja palveluiden tasoa lisäämällä. Toisaalta todetaan, että todisteita telelääketieteen sovellutusten mahdollisuuksista ja hyödyistä ei ole riittävästi, joskin asiakkaat ovat niihin tyytyväisiä. Harjun mukaan Ruotsissa tehtyjen tutkimusten perusteella puhelinneuvoina toimivien hoitajien kokemat vaikeudet liittyivät päätöksentekoon, jota hankaloitti katsekontaktin puute sekä riittämätön terveydenhuoltopalvelujen tarjonta tai saatavuus ainoastaan tietyinä vuorokauden aikana. Suomessa on Harjun tutkimuksen mukaan Hyryn kangas-Järvenpää (2000) väitöskirjassaan todennut puhelinpalvelun tarjoavan vaihtoehdon lääkärissä käynnille ja olevan mahdollisesti jopa

halvempi haja-asutusalueilla pitkien etäisyyksien vuoksi. Lisäksi soittaminen on helpompi vaihtoehto arkaluontoisten asioiden hoitamisessa. (Harju 2003, 26-28.)

Marjaana Kivelä (2011) on kandidaattitutkielmassaan tutkinut terveysalan ammattilaisten osaamisvaatimuksia kansalaisille suunnattujen sähköisten palvelujen käytössä. Lisäksi tutkimuksessa on pohdittu, miten ja millaisilla toimenpiteillä näihin haasteisiin tulisi vastata. Kivelän mukaan aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet terveysalan henkilöstön viestintäteknologisten valmiuksien olleen puutteellisia. Lisäksi terveysalan toimintamallien ja palveluprosessien muuttuminen sähköisten palvelujen käyttöönoton myötä vaikuttaa kaikkien terveysalalla toimivien työhön. Tutkimuksessa tehtyyn kyselyyn vastanneiden mukaan kansalaisille suunnatut sähköiset palvelut edellyttävät terveysalalla toimijoilta tietosuojaan ja -turvaan liittyvää osaamista, perustaitoja tieto- ja viestintäteknikassa, verkkoviestinnän- ja vuorovaikutuksen taitoa, kehittämisvalmiutta ja kehittämis- ja palveluosaamista. Lisäksi edellytetään tiedonhallinta- ja hakutaitoja sekä arvioinnin ja kirjaamisen osaamista ohjausosaamista sekä myönteistä asennoitumista teknologian käyttöön. Suunnitellun koulutuksen tulisi vastata uusien sähköisten palvelujen luomiin osaamisvaatimuksiin. Lisäksi henkilöstön kehittämisvalmius ja -halukkuus ovat edellytyksenä tehokkaalle sähköisten palvelujen käyttöönotolle. (Kivelä 2011, 37-38.)

Castrenin (2008) väitöskirjan mukaan kansainvälistä tutkimusta sähköisten terveyspalveluiden käytöstä on olemassa vuodesta 1998 lähtien. Castren viittaa seitsemän Euroopan maan kartoittavan tutkimukseen (2005), jonka mukaan 44 prosenttia kaikista aikuisista ja 77 prosenttia Internetiä käyttävistä aikuisista etsi verkosta terveyteen liittyvää tietoa. Samanlaisia tutkimuksia on tehty myös Yhdysvalloissa. Tutkimusten mukaan nuorten aikuisten Internetin käyttö terveystietojen lähteenä on ollut aktiivisempaa muihin ikäryhmiin verrattaessa. Internetin käytöstä terveysasioissa olivat tutkimusten mukaan erityisen kiinnostuneita ihmiset, joilla oli todettu hävettävänä, kiusallisina tai leimaavina pidettyjä sairauksia. (Castren 2008, 21.).

Tutkimuksen mukaan Suomessa Eurobarometer 58.0 -tutkimus kartoitti vuonna 2001 tietolähteitä kansalaisten terveyteen liittyvissä asioissa kuudestatoista Euroopan yhteisön jäsenmaasta. Suomessa terveystietoa Internetistä oli hakenut 34 prosenttia kansalaisista. Tanskassa, Ruotsissa ja Alankomaissa oli tietoa hakeneiden osuus suurempi kuin Suomessa. Tilastokeskus tutki 2005 suomalaisten viestintäteknikan käyttöä. Tutkimustulosten mukaan 15-74-vuotiaista noin 80 prosenttia oli joskus käyttänyt Internetiä. Tutkimuksen mukaan kansalaiset pitivät Internetissä tarpeellisena terveyteen liittyvänä palveluna esimerkiksi ajanvarausta vastaanotolle, laboratoriotulosten saamista lääkäriltä ja sähköistä reseptiä. Lääkelaitoksen tutkimuksessa selvitettiin vuonna 2005 Internetin osuutta lääkkeisiin liittyvän informaation lähteenä. Tutkimuksen mukaan 31 prosenttia vastaajista ilmoitti etsineensä tietoa verkosta. (Castren 2008, 21.)

Kansanterveyslaitoksen vuosina 2006 ja 2007 toteuttama väestötutkimus kartoitti kansalaisten tietolähteitä terveyden edistämiseen ja ehkäisyyn liittyvissä asioissa. Tutkimustulosten mukaan 20-30 prosenttia kansalaisista ilmoitti käyttäneensä Internetiä tiedon lähteenä, ja suurin osa käyttäjistä oli naisia. Castren toteaa teoksessaan Vinkaharjun, Harjun ja Jylhän vuonna 2006 tutkineen Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien asukkaille tarjottua verkkopalvelua, Hyvisportaalia, joka on kansalaisten käytössä ajasta ja paikasta riippumatta. Tutkimuksen mukaan kansalaisten kiinnostuksen kohteena olivat sairaudet ja niiden hoito, lääkkeet, terveelliset elintavat ja terveydenhuollon palveluita koskevat tiedot. Edelleen Castren viittaa Kuntun ja Huttusen vuonna 2000 tekemään laajaan kartoituksen suomalaisten yliopisto-opiskelijoiden terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja terveyteen liittyvistä asenteista. Internet mainittiin TV:n, radion, sanomalehtien, aikakauslehtien ja kirjojen sekä terveyden erikoislehtien ohella tiedonlähteeksi. (Castren 2008, 21.)

Tutkimuksesta ilmenee, että Yhdysvalloissa on tutkittu collegeopiskelijoiden Internetin käyttöä terveyteen ja sairauksiin liittyvän tiedon lähteenä. Tietoa haettiin ravitsemuksesta sekä tupakointiin ja seksiin liittyvistä asioista. Suomessa yliopisto-opiskelijoiden Internetin käyttöä koskevan tutkimuksen (2002) mukaan suurin osa käyttäjistä oli etsinyt tietoa aukioloajoista ja käyttömaksuista sekä yhteystietoja. Lisäksi 43 prosenttia vastaajista oli hakenut itsehoito-ohjeita. Castrenin mukaan Yhdysvalloissa tehty tutkimus (2003) collegeopiskelijoiden Internetin käyttöä ja asenteita Internetin terveystietojen lähteitä kohtaan osoitti $\frac{3}{4}$ vastaajista hakevan terveystietoa Internetistä. Suosituin kohde oli liikunta. Lisäksi tietoa haettiin alkoholista, tupakoinnista ja seksistä. (Castren 2008, 21-24.)

Neuvontapalvelu Internetissä

Virpi Jylhä (2007) on pro gradu-tutkielmassaan tutkinut terveydenhuollon verkkopalveluiden tarjoamaa tietoa ja sen vaikutuksia asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Jylhän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Hyvis-portaaliin kuuluvaa neuvontapalvelua käyttävien asiakkaiden tiedontarpeiden täyttymistä sekä neuvontapalvelun vaikutuksia terveystietojen käyttöön ja asiakkaiden omatoimisuuteen huomioiden sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökulma. Lisäksi tavoitteena oli arvioida asiakkaille koituva hyöty neuvontapalvelusta. Tutkimuksen mukaan asiakkaan näkökulmasta verkkopalvelut tarjoavat mahdollisuuden hoitaa asioita ja etsiä tietoa riippumatta ajasta ja paikasta. Arkipäivän tiedonhankinnassa verkkolähteillä näyttää olevan keskeinen rooli. Suomessa vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen mukaan Internetin käyttäjistä 53 prosenttia on etsinyt verkosta tietoa sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvää tietoa. Euroopan Unionin asukkaista 23,1 prosenttia käyttää terveystiedon etsintään Internetiä. Lisäksi tietoa tarvitaan muuttuneeseen tilanteeseen tai sairauteen sopeutumiseen. Suuri merkitys käyttäjille on tiedon saannin helppoudella. Tutkimuksen mukaan Internetistä saatu tieto vaikutti potilaiden päätöksentekoprosessiin. Palvelusta haettiin tietoa, joka oli ongelmalähtöistä, ammattilaisen suodattamaa ja luotettavaa.

Terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa sekä itsehoidon tueksi etenkin ei-kiireellisissä tapauksissa tarvittiin kotihoito-ohjeita. Vastatessaan neuvontapalveluun tullessiin kyselyihin henkilökunta etsii tietoa monipuolisista ja luotettavista lähteistä. Vastauksissa henkilökunnan omaama tieto siirretään asiakkaan tilanteeseen sovellettuna. Vastausten oikeellisuus, selkeys ja ymmärrettävyys korostuvat vastausten laatimisprosessissa. (Jylhä 2007, 6.)

Tutkimuksen mukaan Hyvis-portaalin neuvontapalvelulla on joitakin alueen asukkaita hyödyttävä vaikutus ja palvelun käyttäjät saavat useimmiten tarvitsemansa tiedon vähentämättä kuitenkaan terveydenhuollon palveluiden tai puhelinpalvelun käyttöä. Internetin tai sähköpostin käytöllä ei ollut vaikutusta terveyspalveluiden käyttöön, mutta terveydenhuollon verkkopalveluilla saattaa kuitenkin olla vaikutusta terveydenhuollon resurssien käyttöön. Tutkimuksen mukaan Hyvis-portaalin neuvontapalvelulla on lääkärikäynnin tarvetta vähentävä vaikutus. Lisäksi neuvontapalvelun voidaan katsoa olevan hyödyllinen lisä palvelujärjestelmään asiakkaille, joilla ei ole välitöntä tarvetta saada apua. Neuvontapalvelua olisi mahdollisuus hyödyntää palvelujärjestelmän sisäisessä ohjauksessa, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus saada oikeat ohjeet tai hoidon oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tutkimusten mukaan potilaiden ymmärrys omasta terveydentilastaan paranee, käyttäjä valtaistuu tekemään päätöksiä ja rohkaistuu aktiiviseen osallistumiseen Internetistä saadun tiedon avulla. Lisäksi Internetistä saatu tieto parantaa myös potilaiden mahdollisuuksia hoitaa itseään ilman lääkärin vastaanotolla käymistä mahdollistaa elintapojen muuttamisen. Jylhän mukaan neuvontapalvelulla näyttää olevan positiivisia vaikutuksia käyttäjien itsehoitoisuuteen ja näyttää kannustavan heitä huolehtimaan terveydestään. Neuvontapalvelu nähdään tulevaisuuden palveluna, joka täydentää perinteisellä tavalla tuotettuja palveluja kansalaisen toimiessa aktiivisena toimijana terveydenhuollossa korostaen kansalaisen omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (Jylhä 2007 6-14, 54-57.)

Vuorovaikutteisuus sähköisessä asiointissa

Partanen (2011) kuvaa kirjallisuuden perustuvassa pro -gradu-tutkielmassaan vuorovaikutteisen sähköisen asiointin käsitettä ja selvittää olemassa olevan vuorovaikutteisen sähköisen asiointin muotoja. Lisäksi tutkimuksessa on koottu tietoa terveydenhuollon vuorovaikutteisen sähköisen asiointin palvelujen tarjonnasta. Vuorovaikutteinen sähköinen asiointi voidaan määritellä kommunikaatioteknologian avulla tapahtuvaksi yksilölliseksi vuorovaikutukseksi. Tämän katsotaan sisältävän terveystiedon välittämistä, eli ohjauksen ja tuen saamista asioissa, jotka liittyvät terveyteen. Kansalaiset, yritykset tai viranomaiset voivat toimia sähköisen asiointin asiakkaina. Partanen mukaan voidaan todeta tutkimusta vuorovaikutteisista terveydenhuollon sähköisistä asiointipalveluista tehdyn suurimmaksi osaksi vain Yhdysvalloissa. Palvelun käyttäjät ja tarjoajat olivat tutkimuksen kohteena. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia ja havaintoja sähköisistä palveluista, joita he käyttävät. Tulosten mukaan viestintäjärjestelmä ja sähköposti suojatulla yhteydellä ovat yleisin vuorovaikutteinen sähköisen

asioinnin tapa. Keskeisimmistä tutkimusten tuloksista voidaan todeta kommunikoinnin parantuneen potilaan ja terveydenhuollon välillä sähköisen palvelun avulla. Suomessa vuorovaikutteista sähköistä palvelua on tarjolla esimerkiksi Oulun kaupungilla, joka on lähtenyt edistämään erilaisilla hankkeilla verkkopalveluiden kehittämistä. Eräs hankkeista on Oulun omahoitopalvelu, jonka avulla kansalaisella on mahdollisuus saada terveyteen liittyvää luotettavaa tietoa, neuvontaa ja ohjausta mahdollisimman helposti kyeten täten itse myös hallitsemaan informaation käyttöä. Omahoitopalveluun kirjaudutaan omilla pankkitunnuksilla. Kirjaututtuaan kansalainen voi tallentaa omaan terveystietonsa tietoja, varata vastaanottoaikaa sekä lähettää viestejä omalle lääkärille tai hoitajalle. (Partanen 2011, 4-5.)

2.3.2 Pärjään tiennäyttäjänä

Sähköisten asiakas/potilaskertomusten yleistymisen sosiaali- ja terveydenhuollossa on laajentanut niiden käytön lähes jokaiseen terveyskeskukseen ja sairaalaan. Kansallisen terveyshankkeen yhtenä tavoitteena on kansalaisten mahdollisuus päästä katsomaan sähköisesti omia potilastietojaan. (Suhonen & Siikanen 2007, 16-17.)

Omahyvinvointi hankkeen (Tekes) tavoitteena on ollut asettaa potilaat oman hyvinvointinsa toteuttajiksi passiivisen roolin sijaan. Kansalaisten ei tämän tavoitteen mukaan tarvitse olla enää vastaanottavana osapuolena asioidessaan viranomaisten kanssa ja toimia pelkästään heidän ehdoillaan. Hankkeessa käsitetään kansalainen tasaveroiseksi kumppaniksi ammattilaisten rinnalle asioidensa hoidossa. Omahyvinvointi-hankkeen avulla haettiin uutta toimintamallia hyvinvointipalveluille, jossa ihmiset pystyvät hyödyntämään erityyppisiä sähköisessä ja fyysisessä muodossa olevia palveluita oman hyvinvointinsa ja terveytensä ylläpidossa. Työnimeksi tuli Pärjään, joka toimii mallina erilaisille uusille palvelusovelluksille. Pärjään on kansalaisen voimaantumista tukeva tietotekninen apuväline, jonka avulla hän voi hallita eri elämäntilanteissa tarvitsemaansa tietoa. Pärjäimen tieto voi koskea terveyden lisäksi arkielämään liittyviä asioita, kuten esimerkiksi verotusta ja vakuutusasioita sekä vapaa-ajan harrastuksia. Pärjään helpottaa kansalaisen asiointia ja tietojensa tuomista sinne mihin niitä tarvitsee. OVH-suunnitelman mukaan Pärjään on alustasta riippumaton laite, joka voidaan sisältöineen siirtää ympäristöstä toiseen. Pärjäimen alustoina voivat olla, esimerkiksi koti-PC, mobiililaite, verkon yli käytettävä www-palvelu. (Nurminen & Meristö 2009, 4.)

Pärjään voi toimia myös tietovarastona, johon kansalainen voi koota itseään koskevia terveystiedotteja sekä saattaa ne sähköiseen muotoon yhdeksi kokonaisuudeksi. Fyysisesti tiedot voivat sijaita kansalaisen itsensä hallussa tai jollain ulkopuolisella taholla (viranomainen, talletuspalvelujen tuottaja ym.) Kansalaisella on tällaisen omahakemiston avulla mahdollisuus hallita ja pitää kokonaiskuvaa tiedoistaan sekä päästä katselemaan, kirjoittamaan ja kopioimaan tietojaan. Omahakemiston avulla kansalainen voi omien tietojensa hallinnoinnin lisäksi löytää

muun muassa tarvitsemansa palvelut, lääketieteellistä tietoa ja -ohjeita, sekä yhteystietoja. (Nurminen (toim) ym. 2009, 7.)

Omahyvinvointi- hankkeen arvioinnissa pohdittiin Pärjäimen kehittämisprosessia sekä siitä kehitettyjen pärjäinohjelmistojen toimivuutta potilaiden terveyden ja hyvinvoinnin hallinnassa. Kohderyhminä olivat eläköityvät ja vauvaa odottavat henkilöt. Tutkimusryhmien käyttäjäkokemukset Pärjäimestä olivat positiivisia, ja he kokivat saavansa siitä hyödyllistä tietoa ja apua käyttöön. Pärjäimen toiminnallisuuden haluttiin laajenevan myös muille elämänalueille kuin terveyteen ja hyvinvointiin. (Nykänen, Mäkinen & Seppälä 2010, 2.)

OHV- hankkeen raportissa ” laki- ja sopimuskäsitteitä Pärjäin- toteutukseen” pohtivat Leskinen, Ensio ja Mykkänen (2010), minkälaisia haasteita se asettaa ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen tuottamiseen, säilytyksen ja hyödyntämisen liittyvien käytännön ongelmiin huomioiden lainsäädännölliset näkökulmat (Leskinen, Ensio & Mykkänen 2010, 27-28). Pärjäin- konsepti laittaa ihmiset omien palveluidensa keskiöön aktiiviseen rooliin itsensä huolehtimisessa. Tällainen toimintamalli vaatii siihen sopivan välineistön, jonka avulla voidaan vastata yksilö- tai kohderyhmäkohtaisiin tarpeisiin. (Tuomainen, Toivanen, Mykkänen, Palmen, Luukkonen, Itälä, Tarkkanen, Reijonen & Kouri 2010, 5.)

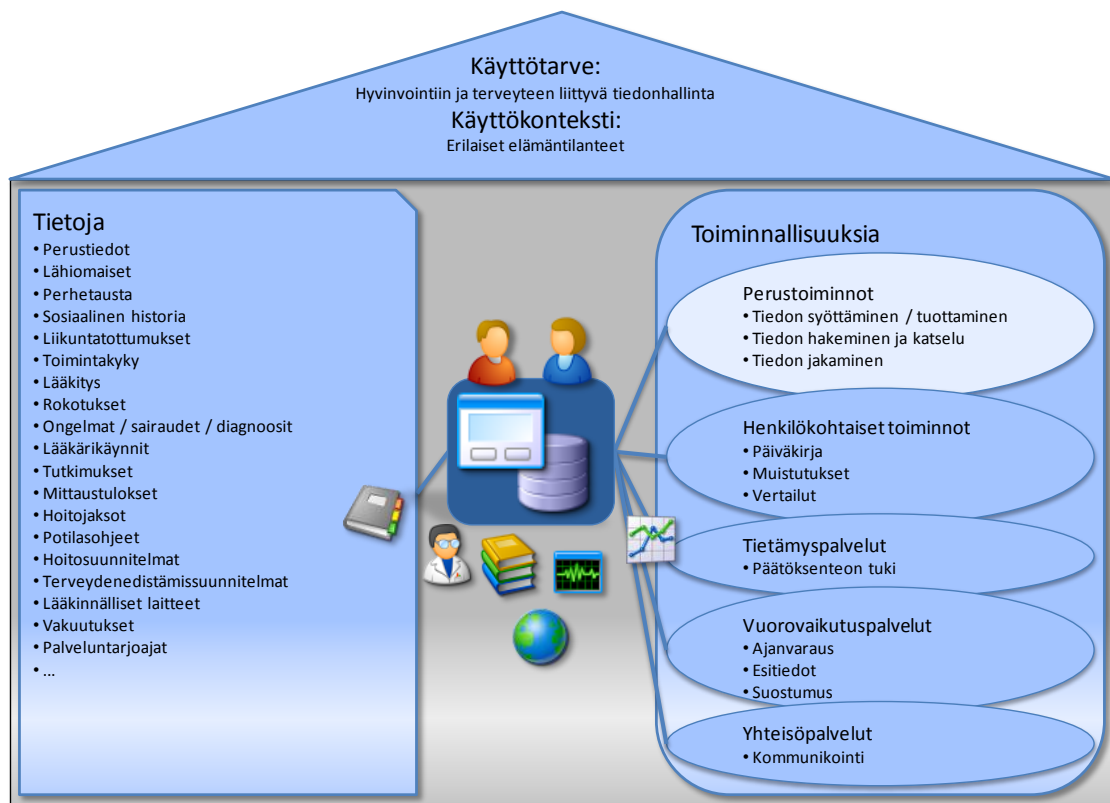
Tietoteknisten apuvälineiden käyttöhalukkuutta on tutkittu aiemmin myös muissa tutkimuksissa. Sarapisto (2009) kartoitti opinnäytetyössään, minkälaisista tiedoista ja palveluverkostosta eläköityvät henkilöt tarvitsisivat oman hyvinvointinsa ylläpitämiseksi. Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että olennaisiksi tiedoiksi katsottiin erityyppiset terveystiedot, joiden toivottiin tulevan omaan sähköpostiin tai paperiversioon. Lisäksi toivottiin yhteiskunnan tarjoamien palvelutietojen saataviksi luotettavilta tahoilta esim. Kelalta ja kunnalta. Terveystietojen tai muun vastaavan alustan käyttömahdollisuuteen suhtauduttiin myönteisesti. Samoin vertaistukimahdollisuutta käyttäisi puolet vastaajista. (Sarapisto 2009, 3.)

Etelä-Savon Nettineuvontahankkeessa tutkittiin kansalaisten mielipiteitä Hyvis-portaalin käytöstä, joka kehitettiin ihmisten omaehtoiseen terveydenhoidon ylläpitoon. Vastauksia saatiin 174, joista kaikki vastaajat pitivät Hyviksen ulkoasua selkeänä ja yli 90 prosenttia käyttäjistä pitivät sitä helposti käytettävänä. Noin 85 prosenttia vastaajista käyttäisi mieluummin nettineuvontaa kuin puhelinneuvontaa ei-kiireellisenä viestintäkanavana. Portaaliin toivottiin lisäpalveluna verkkolääkäripalveluita. (Paukkala & Hartonen 2006, 75-77.)

Tietojärjestelmien arvioinnin näkökulmaa on laajennettu sellaisiin käsitteisiin kuten käyttäjäkokemus ja teknologian hyväksyntä pelkän käytettävyyden sijaan. Köliö (2007) on tutkimuksessaan liittänyt käyttäjäkokemuksen ja teknologian hyväksynnän malleja hyvinvointi- ja taukoliikuntaan ja siten pohtinut niiden ja liikunta-asenteiden välistä suhdetta. (Köliö 2007,5.)

Omahyvinvointihankkeen PHR -katsauksessa käsiteltiin PHR -terveystaltiota. PHR (Personal health Record) terveystaltio on nykyisin keskeisimpiä henkilökohtaisiin terveystietojärjestelmiin liittyviä käsitteitä (Tuomainen, ym. 2010, 5). Tuomainen viittaa Lopezin (2007) tutkimukseen, jonka mukaan PHR:n keskeisimpiä piirteitä ovat kuluttajan omistajuus ja sen saavutettavuus ajasta ja paikasta riippumatta sekä tietojen siirrettävyys. Personal health osa-alue koostuu toiminnoista, joiden avulla sen käyttäjät pystyvät pitämään yllä omia terveydentilaan liittyviä tietojaan. (Tuomainen, ym. 2010,9.) Lisäksi yhdysvaltalainen Connecting for Health -hanke (2007) lisää piirteisiin jatkuvuuden eli tietojen saannin koko elämän ajalta, tietojen liittämisen koko terveyspalvelujen antajien välille, yksityisyyden, turvallisuuden ja läpinäkyvyyden (Lecker, Armijo, Chin, Christensen, Desper, Hong & Kneale 2007).

Kuvio 4 esittää Pärjäimen käsittelemiä tietoja sekä sen toiminnallisuuden.



Kuvio 4: Pärjäimen keskeiset tiedot ja toiminnallisuudet (Tuomainen ym. 2010)

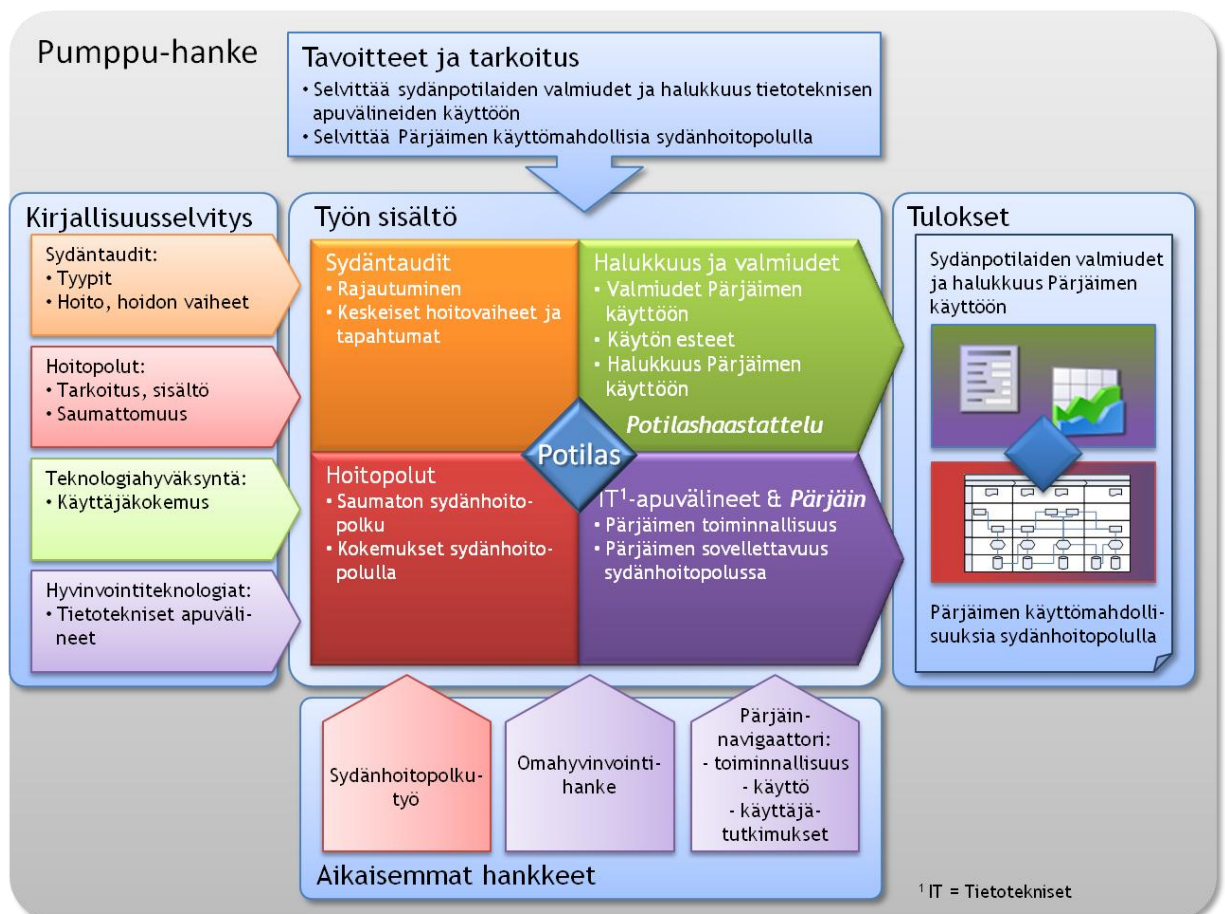
2.3.3 Sähköisten terveyspalveluiden edellytyksiä ja esteitä

Tompurin (2010) tutkimuksen mukaan sähköiset terveyspalvelut hyödyntävät monia terveydenhuollon osa-alueita. Niiden avulla on mahdollista tehostaa itsehoitoa, ensihoitoa, myöhempien tasojen hoitoja sekä pitkäaikaishoitoa. Kansalaiset tulevat vähemmän riippuvaisiksi

terveydenhuollon ammattilaisista, kun heitä valtuutetaan ja kannustetaan hakemaan tietoa luotettavista sähköisistä palveluista. Lisäksi kansalaisille avautuu myös mahdollisuus tehdä päätöksiä tiedollisemmalta pohjalta, jonka seurauksena kansalaisen rooli aktiivisena toimijana korostuu sähköisten terveystietopalvelujen käyttäjänä. (Tompuri 2010, 4.)

Sähköisten terveystietopalveluiden käyttäjälähtöisyyttä sekä asiointia on kehitettävä, jotta mahdollisimman moni potilaista motivoituisi käyttämään niitä. Edellytyksiä tälle ovat palvelujen tarjoaminen sekä niiden helppokäyttöisyys ja luotettavuus. On muistettava, että palveluja on tarjottava myös perinteisin menetelmin, koska kaikilla kansalaisilla ei ole mahdollisuutta päästä asioimaan sähköisesti. Esteinä sähköisen asiointin käyttöönotolle ovat kriittiset asenteet siten, että tietojärjestelmien keskinäisten rajapintojen puuttuessa ne eivät pysty vaihtamaan tietoja keskenään, sekä järjestelmän ja sen käyttöönoton kustannukset. (Aaltonen ym. 2008, 99- 100.)

2.3.4 Teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyön kokonaisuus



Kuvio 5: Teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyön kokonaisuus

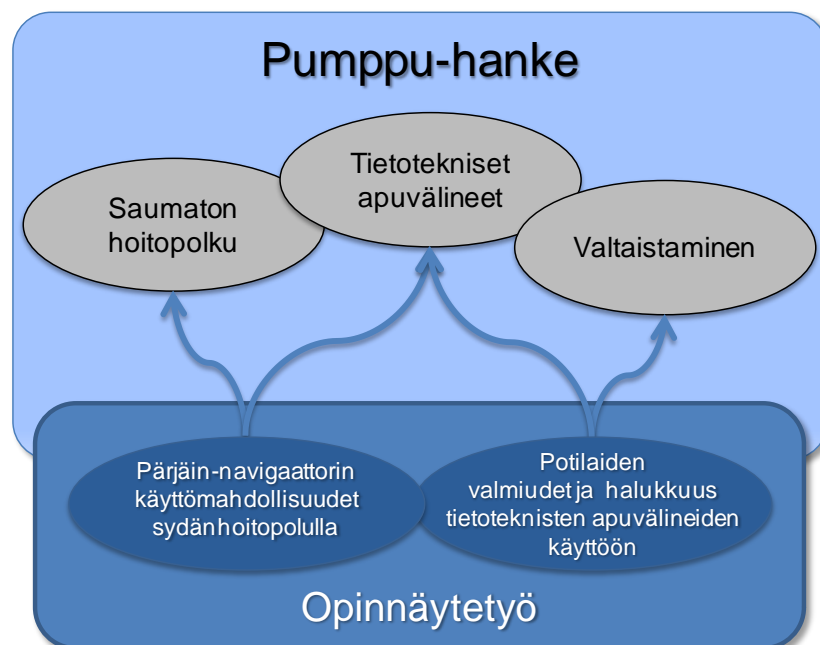
Opinnäytetyön kirjallisuusselvityksessä on esitelty sydänhoitopolkua, sen sisältöä ja tarkoitusta sekä edellytyksiä ja esteitä polun saumattomuudelle. Edellä on esitelty myös yleisimpiä sydänsairauksia, niiden hoitoa ja hoidon eri vaiheita. Lisäksi on käyty läpi aikaisempia tutkimuksia kansalaisten käyttökokemuksista sähköisten terveyspalveluiden käytöstä hoitopolun eri vaiheissa sekä potilaiden valmiuksia ja halukkuutta käyttää tietoteknologiaa itsehoitonsa tukena. Työssä pohdittiin myös Omahyvinvointihankkeen kehittämän Pärjäimen toiminnallisuutta ja sen käyttömahdollisuuksia kansalaisen tukena. Kuviossa 5 on esitetty työn kokonaisuus ja sen osat.

3 Tutkimustehtävät

Tutkielman tarkoituksena on selvittää sydänpotilaan kokemuksia ja valmiuksia tietoteknisten apuvälineiden käyttöön sekä halukkuutta käyttää niitä sydänhoitopolun eri vaiheissa. Tutkielman tavoitteena on tuottaa tietoa minkälaisia käyttömahdollisuuksia Pärjain - hyvinvointinavigaattorille olisi sydänhoitopolun eri vaiheissa sekä pohtia sen soveltuvuutta siihen. Suunnitelmana on kulkea yhdessä sydänpotilaan kanssa hoitopolkua ja haastatella häntä. Tutkielma toteutetaan teemahaastatteluna focus group- menetelmällä. Tutkimushaastattelun teemakysymykset:

1. Minkälaisia esteitä potilas on kokenut sähköisten terveyspalveluiden käytössä hoitopolullaan?
2. Minkälaisia valmiuksia ja kokemuksia potilaalla on käyttää tietotekniikkaa hoitonsa ja kuntoutumisensa apuna?
3. Miten Pärjain voisi tukea arjen terveyttä ja hyvinvointia?

Kuviossa 6 esitetään opinnäytetyön tutkimuskysymysten liittyminen Pumppu-hankkeen teemoihin.



Kuvio 6: Opinnäytetyön liittyminen Pumppu-hankkeen keskeisiin teemoihin

4 Tutkimusmenetelmät

Tämän laadullisen tutkielman oli empiirinen eli kokemusperäinen ja se toteutettiin teemahaastattelun avulla. Tutkielman aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.

4.1 Tutkielman muoto

Opinnäytetyö on empiirinen eli kokemusperäinen tutkielman. Ydinasia tutkimuksessa on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta sekä johtopäätöksen teko. Empiirisessä tutkimuksessa päästään usein päätelmiä tekemään vasta esitöiden jälkeen. Tietojen tarkistus on ensimmäinen vaihe aineistojen järjestämisessä. Aineistosta tarkistetaan mahdollisten selvien virheellisyyksien sekä puuttuvien tietojen esiintyminen. Toisen vaiheen tehtävänä on tietojen täydentäminen. Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyyseja varten. (Hirsjärvi ym. 2008, 216-217.)

Empiiriseksi tutkimukseksi voidaan määritellä tapaustutkimus eli case study, joka tutkii monipuolisia ja monilla tavoilla hankittuja tietoja apuna käyttäen nykyistä tapahtumaa tai toimivaa ihmistä tietyssä ympäristössä. Tutkittavasta tapauksesta on tarkoitus pyrkiä kokoamaan mahdollisimman paljon tietoja. (Metsämuuronen 2008, 16-17.)

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkielmana. Eräs laadullista tutkimusta luonnehtivia piirteitä on aineiston harkinnanvarainen, teoreettinen tai tarkoituksenmukainen poiminta tai harkinnanvarainen näyte. Laadullisessa tutkimuksessa ei aineiston koolla ole välitöntä vaikutusta tai merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. Aineiston riittävyys ratkaisemisessa voidaan käyttää kylläntymistä eli saturaatioita, mikä tarkoittaa, että lisäaineiston hankkiminen kohteesta ei tuo esiin uutta informaatiota ja aineiston peruslogiikka alkaa toistua. Aineiston rajausta tapahtuu laadullisessa tutkimuksessa huomioimalla aineiston teoreettinen kattavuus. (Eskola & Suoranta 2005, 61-64.)

Laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin. Niissä pyritään kuvaamaan esimerkiksi jonkin ilmiön kuvaamiseen, tietyn toiminnan ymmärtämiseen, jonkin ilmiön mielekkääseen teoreettiseen tulkitsemiseen. Periaatteessa laadullisen tutkimuksen edellytyksenä on haastateltavien mahdollisimman laaja tietämys tai kokemus tutkittavasta asiasta. Tällöin haastateltavien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Tutkimuksen perusjoukko voi kooltaan olla pieni tai suuri, mutta tutkimukseen valitaan ainoastaan henkilöt, joilla voidaan olettaa olevan parhaiten tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.)

Laadullinen tutkimus on tutkimustyyppiltään empiiristä, jolloin empiirisessä analyysissä aineiston keräämis- ja analysointimetodit ovat keskeisessä asemassa. Näiden kuvailu mahdollistaa tutkimuksen arvioinnin ollen oleellinen osa tulosten uskottavuutta. Teoriapitoisuutta voidaan pitää kaiken tutkimuksen lähtökohtana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20-21.)

Aineiston hankinnassa käytettiin sydänpotilaiden teemahaastattelua, joka toteutettiin focus group -haastattelun avulla. Haastattelua voidaan luonnehtia ainutlaatuiseksi menetelmäksi kerätä tietoa, koska se tapahtuu suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelun suurimpana etuna katsotaan olevan joustavuus silloin, kun aineistoa kerätään. Haastatteluaineiston järjestystä on mahdollisuus muuttaa ja vastauksia tulkita enemmän kuin esimerkiksi postikyselyissä. Lisäksi haastattelun etuna on, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt suostuvat yleensä osallistumaan tutkimukseen. Haastattelun haittapuolia ovat haastattelun pitkittyminen, aikaa vievä huolellinen suunnittelu ja kouluttautuminen haastattelijan rooliin ja tehtäviin. Haastatteluun saattaa myös sisältyä virhelähteitä johtuen joko haastateltavasta tai haastattelijasta tai haastattelutilanteesta. On myös mahdollista, että haastateltava saattaa kokea haastattelun itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-201.)

Ryhmähaastattelua voidaan käyttää kahdella tapaa: Ryhmähaastattelun käyttö yksilöhaastattelun sijasta mahdollistaa haastateltavien tuen saamisen ryhmän muilta jäseniltä.

Ryhmähaastattelussa on myös mahdollista saada tietoa tavallista enemmän. Toinen tapa käyttää ryhmähaastattelua on käyttää ryhmähaastattelua yksilöhaastattelun ohella, jolloin vastaajat haastatellaan aluksi yksitellen ja sen jälkeen ryhmänä. Näin voidaan yksilöhaastattelun palautteen perusteella arvioida, mitä uutta vastaajat pystyvät antamaan tutkittavasta asiasta käyttämällä apunaan sekä annettua palautetta että ryhmäläisiä. (Eskola & Suoranta 2000, 94-95.)

Paljon käytetty haastattelumenetelmän muoto on täsmäryhmähaastattelu (focus group interview). Menetelmää käytetään silloin, kun haastatteluun osallistujille halutaan antaa mahdollisuus pohtia asioita monipuolisesti ja silloin, kun halutaan ymmärtää eri toimintatapojen syitä. Ryhmä koostuu muutamasta, tavallisimmin kuudesta tai kahdeksasta henkilöstä. Haastatteluun kutsutun ryhmän jäsenet on tarkoituksellisesti valittu. Ryhmällä on tarkoin määritelty tavoite, josta ryhmää on myös informoitu. Ryhmällä on puheenjohtaja, kokenut haastattelijaj, jonka tehtävänä on tehdä ryhmälle selväksi ryhmäistunnon tarkoitus, jolloin ideoiden vaihto ryhmässä helpottuu. Puheenjohtajan tulee myös pyrkiä kannustamaan ryhmää vapaaseen keskusteluun. Lisäksi hänen tehtävänä on saada keskusteluun mukaan myös henkilöt, jotka eivät aktiivisesti osallistu keskusteluun. Ryhmän istunnoissa pyritään luomaan rento tunnelma. Istunnot voidaan joko nauhoittaa tai videoida. Istunnon pituus on yleensä 35-60

minuuttia. Istunnossa voidaan myös pysyä aivan erityisessä teemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62.)

Tutkijan asema ryhmähaastattelussa nähdään toimivan keskustelun rakentajana, joka ohjailee ja rohkaisee haastateltavia. Yksilöhaastattelu perustuu haastattelijan esittämiin kysymyksiin vaikuttamatta kuitenkaan olennaisesti vuorovaikutukseen tai haastattelun kulkuun.

Ryhmähaastattelussa haastateltavat joutuvat muodostamaan yhteisesti jaettua ymmärrystä yksilöllisistä kokemuksista, käsityksistä ja uskomuksista, jolloin erilaiset mielipiteet ja ajattelutapojen vertailu ja eroavaisuuksista käytävä neuvottelu tulee ottaa huomioon.

Haastattelijan asema vuorovaikutuksen ohjaajana ja säätelijänä on vähäisempi, kuin yksilöhaastattelussa, jolloin tutkijalla on mahdollisuus tutkia termejä ja käsitteitä sekä hahmottamistapoja ja argumentaatiota. Ryhmäkeskustelussa haastattelijan tulee rohkaista ryhmän jäseniä keskinäiseen vuorovaikutukseen ja keskusteluun. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 214-216.)

Haastattelukäytännöt ja tutkimusvälineet kannattaa testata etukäteen ennen haastattelua.

Paikallaan on myös esihaastattelun tekeminen esimerkiksi haastatteleamalla tuttaviaan.

Haastattelijan perusohje on, että kaikkeen pitää olla varautunut. Haastattelusta tulisi sopia etukäteen haastateltavan kanssa ja samalla esitellä tutkimuksen aiheen ja sopien haastattelun ajankohdasta ja paikasta. (Eskola ym. 2000, 88-90.)

Teemahaastattelu on avoimuutensa ansiosta lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten kautta.

Metodologisesti teemahaastattelu perustuu ihmisten tulkinnalle asioista, heidän asioille antamilleen merkityksille sekä sille, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.

Teemahaastattelun tavoitteena on löytää vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi ym. 2009, 75.)

4.2 Haastattelun toteutus

Sydänpotilaiden haastattelu toteutettiin teemahaastattelun muodossa focus group- haastattelun avulla. Haastattelua varten oli alun perin tarkoitus valita kolme tai kuusi sydänpotilasta.

Helmikuun alussa 2012 otimme yhteyden Lohjan Sydänyhdistyksen puheenjohtajaan

saadaksemme haastateltavia. Puheenjohtajan ehdotuksesta osallistuimme Lohjan

Sydänyhdistyksen kokoukseen, jonka yhteydessä hankittiin vapaaehtoiset haastateltavat.

Haastateltaviksi suostui viisi sydänpotilasta. Haastateltaviksi suostuneilta pyydettiin kokouksen yhteydessä kirjallinen suostumus haastattelua varten, jonka he palauttivat samassa yhteydessä (Liite 1). Kirjallisessa suostumuskäytännössä korostettiin tutkimushaastattelun

luottamuksellisuutta. Kokouksen yhteydessä ehdotettiin haastattelun toteutuksen ajankohdaksi 14. 02. 2012 klo 13.00 ja paikaksi Lohjan kaupungin kirjasto. Haastateltaville lähetettiin

sähköpostin välityksellä esitietolomake, jossa oli henkilötietojen lisäksi myös haastattelun teemoihin liittyviä kysymyksiä. (Liite 2).

Haastattelua varten suunniteltu tila osoittautui kyseisenä haastattelupäivänä varatuksi, joten tiedustelujen jälkeen tila haastattelua varten saatiin vuokrattua Lohjan seurakuntakodilta. Haastattelua varten suunniteltu aika jouduttiin muuttamaan, jolloin ajankohdaksi tuli 14.02. 2012 klo 16-18. Haastattelupaikan valintaan vaikutti paikan keskeinen sijainti ja mahdollisuus haastatteluun rauhallisessa paikassa. Haastattelun paikan ja ajan muutoksista ilmoitettiin haastateltaville puhelimitse ja sähköpostilla.

Haastattelu toteutettiin 14. 02. 2012 klo 16- 18 Lohjan seurakuntakodin tiloissa. Ennen haastattelutilaisuuden alkua yksi haastateltavista kävi ilmoittamassa, että hän on estynyt osallistumasta haastatteluun, joten tutkittavaksi otokseksi tuli neljä sydänpotilasta. Haastateltavien keski-ikä oli noin 70 vuotta. Haastattelun alussa haastateltavat palauttivat heille toimitetut esitietolomakkeet. Yksi haastateltavista ei ollut täyttänyt lomaketta kotonaan, joten hän täytti sen paikan päällä. Ennen haastattelun alkua haastateltaville pidettiin lyhyt esittely haastattelijoiden opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista sekä kuvattiin saumaton sydänhoitopolku ja Pärjäin -navigaattori PowerPoint- esityksen avulla. Rennon tunnelman luomiseksi haastateltaville annettiin mahdollisuus esittäytyä ja heille tarjottiin virvokkeita. Haastattelu nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella Laureasta lainatulla nauhurilla. Haastattelu kesti 80 minuuttia. Haastateltavat vastasivat haastattelijoiden kysymyksiin teemakysymysten pohjalta. Haastattelun yhteydessä haastateltavia jouduttiin muutaman kerran ohjaamaan teemojen pariin. Jokainen haastateltava sai mahdollisuuden osallistua keskusteluun. Haastattelun nauhoituksen aineisto purettiin haastattelupäivänä ja litteroitiin, jonka jälkeen haastattelunauha hävitettiin, jotta tutkimustieto säilyisi ainoastaan tutkijoilla.

4.2.1 Tutkielmatulosten analysointi

Tutkielman aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin avulla deduktiivisesti haastattelun struktuurin ohjaamana. Useiden lähteiden mukaan sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla dokumentteja voidaan systemaattisesti ja objektiivisesti analysoida. Dokumentti voidaan ymmärtää hyvin väljässä merkityksessä minä tahansa kirjalliseen muotoon saatettuna materiaalina. Sisällönanalyysi soveltuu aineiston analyysiin myös täysin jäsenitelemättömänä. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään tällä analyysimenetelmällä saamaan ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta sen sisältämää tietoa. Kerätty aineisto saadaan sisällönanalyysillä kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätöksiä varten. (Tuomi ym. 2009, 103; Eskola & Suoranta 2005, 137.)

Havaintoyksikön määrittäminen on yhteydessä tutkimuskysymykseen. Jokaista tutkimuskysymyksen osa-aluetta varten on mahdollista rakentaa osuva aineiston koodauksen ja haltuunoton tapa, mikäli laajasti muotoiltu tutkimuskysymys puretaan tarkentavaksi alakysymykseksi. Tehtäessä aineiston koodausta tai viipalointia, tulisi pitää mielessä, miltä koodattavat aineiston osat tulevat näyttämään niitä analyysin edetessä tuotaessa yhteen ja vertaillaessa keskenään. Aineiston jäsentelyn, koodaamisen ja alakoodien keskinäisvertailun jälkeen tulokset kootaan aineistokoosteiksi. Systemaattisen koodauksen pohjalta tehdyt aineistokoosteet toimivat punaisena lankana erillisille osajulkaisuille tai analyttisille luvuille. Erityistä huomiota tulee koosteiden tekemisen yhteydessä kiinnittää havaintoihin, jotka eivät mahdu mihinkään luokkaan tai muodostavat aineistossa poikkeuksen muutoin toistuvaan rakenteeseen. Analysoitavat ilmiöt elävät ja jäsentyvät entistä selkeämmiksi ja analyttisesti kirkaammiksi aseteltaessa niitä alustaviin luokkiin. Kyseisessä prosessissa on luokkien muodostumisperusteet pidettävä yhteismitallisina tai keskenään mielekkäässä suhteessa. Alustavia luokkia vertailemalla toisiinsa ja miettimällä niihin sopivia yhteneviä jäsentämisperiaatteita, täsmentyy analyysi vähitellen esitettävissä oleviksi tuloksiksi. (Ruusuvuori ym. 2010, 23-25.)

Aineistolähtöistä laadullista eli induktiivista aineiston analyysia voidaan karkeasti kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistäminen sisältää analysoitavan tiedon, joka voi olla auki kirjoitettu haastatteluaineisto, asiakirja tai dokumentti, joka pelkistetään karsimalla aineistosta tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämisessä tieto voidaan joko tiivistää tai pilkkoa osiin. Tällöin tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä, jonka mukaan litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävän olennaiset osat aineistoa pelkistetään. Aineistosta nostetuilla ilmaisuilla kirjataan alkuperäisestä tiedosta nostetut ilmaukset. Analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, tulee määrittää ennen sisällönanalyysin aloittamista. Analyysiyksikkö voi olla myös lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. Aineiston ryhmittelyssä käydään tarkasti läpi aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset etsien aineistosta samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvailevia käsitteitä. Käsitteet, joilla on sama merkitys, ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään käsitteellä, joka kuvaa luokan sisältöä. Käsitteiden ryhmittelyä nimitetään alaluokaksi ja alaluokkien ryhmittelyä käytetään nimitystä yläluokka, yläluokkien yhdistämistä kutsutaan pääluokiksi ja näiden ryhmittelyä yhdistäväksi luokaksi. Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Luokituksia yhdistelemällä jatketaan abstrahointia, niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mielekästä ja mahdollista. Kategorioiden nimeäminen voi olla vaikeaa, ja nimeämisessä käytetään apuna deduktiivista päättelyä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa käsitteitä

yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi ym. 2009, 108-112; Janhonen & Nikkonen 2001, 28-33.)

Sisällön analysoinnissa myös valmiin viitekehyksen käyttäminen aineistoa analysoitaessa on mahdollista. Deduktiivisessa sisällön analyysissä voi jokin teema, käsitekartta tai aikaisempaan tietoon perustuva malli olla ohjaavana tekijänä. Aikaisemman tiedon perusteella tehdään analyysirunko ja etsitään tutkittavasta aineistosta sisällöltään yhteensopivia asioita. Kyngästä ja Vanhasta (1999) siteeraten voidaan valmiista analyysirungosta edetä aineiston luokittelun ja analysoinnin osalta kahdella eri tavalla. Aineistosta on mahdollista poimia vain sellaiset asiat, jotka sisällöllisesti ovat sopivia luokitusrunгон kategorioihin. Mukaan on mahdollista ottaa myös luokitusrunгон ulkopuolelle jääneitä asioita, joista muodostetaan oma luokkansa. Analyysirunko jätetään usein väljäksi, jolloin se mahdollistaa kategorioiden muodostamisen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Aineiston keruussa käytetty strukturoitu tai strukturoimaton menetelmä vaikuttaa analyysitavan valintaan. Mikäli aineiston keräämistä on ollut ohjaamassa strukturoitu haastattelu, voi haastattelun struktuuri olla analyysirunkona. Induktiivista sisällön analyysia on mahdollista käyttää myös strukturoidun aineiston keruumenetelmän avulla kerätyn aineiston analysoinnissa. Kategorioiden muodostamisen jälkeen aineistolähtöistä analyysia voidaan jatkaa kvantifioimalla aineisto, jolloin tutkitaan kuinka monta kertaa jokin asia tai ilmiö tulee esille tutkittavien kuvauksissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Laadullisen analyysin erityispiirre on aineiston ja tutkimusongelman tiivis vuoropuhelu keskenään. Mikäli kerätty aineisto on tallennettu video- tai ääninauhoituksin, on litterointi yksi lähestymisvaihe tutkittavan aineiston ja tutkijan välillä. Litterointi helpottaa aineiston muokkaamista hallittavampaan muotoon. Litterointi liittyy olennaisesti aineistoon tutustumiseen ja on tärkeää määrittää sen tarkkuus suhteessa tutkimusintressiin ja analyysin tarkkuustasoon. Mikäli aineisto on laaja, kannattaa tekstiksi valikoida tutkimusongelman kannalta olennaiset osat. (Ruusuvuori ym. 2010, 14.)

Haastatteluiden sisällönanalyysi suoritettiin Kynkään ja Vanhasen (1999) periaatteita soveltaen. Koska aineisto on kerätty puolistrukturoidun haastattelun avulla, käytetään sisältöanalyysissä deduktiivista lähestymistapaa, jossa aineiston käsittelyn analyysirunkona sovelletaan haastattelun struktuuria. Haastattelun struktuuri on tarkennettu työn keskeisistä tutkimuskysymyksistä (ks. Kappale 3). Siten haastattelunaineiston sisältöä on tunnistettu, lajiteltu ja tiivistetty seuraavien pääkategorioiden avulla:

- **Kokemukset** - kokemukset yleensä sairauteen liittyen
- **Hoitopolku ja saumattomuus** - erityisesti hoitopolkuun ja sen saumattomuuteen liittyvät asiat
- **Tuki** - koettu tarve tukeen ja saatu tuki hoitopolulla

- **Tiedonsaanti** - yleiseen tiedon saantiin, omien potilastietojen saanti hoitopolulla, tiedon puutteeseen liittyvät asiat
- **Halukkuus** - halukkuus tietoteknisten apuvälineiden käyttöön hoitopolulla
- **Esteet** - koetut esteet tietoteknisten apuvälineiden käytössä
- **Tietotekniset apuvälineet** - tietoteknisiin apuvälineisiin yleisesti liittyvät asiat
- **Kehittämiskohteet** - tarpeita ja ehdotuksia kehittämiskohteiksi hoitopolkuun, sen saumattomuuteen ja tietoteknisiin apuvälineisiin liittyen.

Sisällönanalyysissä ei ollut tarkoituksenmukaista pyrkiä abstrahoimaan kategorioita kovin geneeriseksi käsitejärjestelmäksi, sillä tuloksiin haluttiin tiivistää haastateltavien konkreettiset, käytännönläheiset vastaukset tutkimuskysymyksiin. Käytettäessä yllä mainittuja teemoja sisältöanalyysin yläkategorioina, todettiin, että ne eivät ole toisistaan täysin riippumattomia (ortogonaalisia), mistä johtuen haastateltavien yksittäiset ilmaisut saattoivat liittyä useampaankin kategoriaan. Esimerkiksi ilmaus: ”Kun on vanha ihminen ei aika voi mennä tietokoneisiin” liittyy haastateltavan omiin kokemuksiin, tietoteknisiin apuvälineisiin sekä myös esteisiin. Samoin kehittämiskohteiksi tunnistetut ilmaisut luonnollisesti liittyivät johonkin toiseen kategoriaan, kuten hoitopolkuun tai tietoteknisiin apuvälineisiin. Sisällönanalyysissä haastateltavien ilmaisuille valittiin ensisijainen yläkategoria, jonka alle se sijoitettiin; lisäksi tunnistettiin toissijaisia kategorioita, joihin ne myös liittyivät.

Sisällönanalyysissä haastatteluaineistoa, lähtien yksittäisistä ilmauksista kohti tiivistettyjä tuloksia, käsiteltiin (taulukkolaskentasovellusta käyttäen) neljässä vaiheessa:

Vaihe 1: Nauhoitetun haastattelun tekstiksi puretusta aineistosta tunnistettiin haastateltavien yksittäiset ilmaisut, ja ne luokiteltiin soveltuvien yläkategorioiden alle. Aluksi ilmaisu saattoi toistua sellaisenaan useamman yläkategorian alla. Tässä vaiheessa tunnistettiin kaikkiaan noin sata yksittäistä ilmaisua.

Vaihe 2: Yksittäisille ilmaisuille tunnistettiin yhteisiä alakategorioita. Toisin sanoen, mikäli kaksi tai useampi ilmaisu koski samaa yläkategorian alakategoriaa, ne ryhmiteltiin yhteen. Tämän jälkeen aineisto järjestettiin alakategorioiden mukaiseen järjestykseen seuraavaa tiivistysvaihetta varten.

Vaihe 3: Ilmaisut tiivistettiin siten, että samaan alakategoriaan kuuluvia ilmaisuja tarkasteltiin kokonaisuutena, ja niille etsittiin yksittäiset ilmaisut kattava ja tiivistävä ilmaisu. Esimerkiksi samaan alakategoriaan luokitellut ilmaisut ”Puhelin yhteys sairaalaan vuorokauden ympäri”, ”Jokin järjestelmä pitäis olla yksinäiselle”, ”On tärkeää olla kontaktissa ihmisen kanssa”, ”Ihminen pitää olla, johon saa yhteyden” ja ”Ihmiskontaktia ei kone korvaa” tiivistettiin

ilmaisuksi ”Pitäisi olla aina tarvittaessa yhteys sairaalaan, hoitajalle, tms. - jota yhteyttä ei kone voi korvata”. Aineiston tiivistämisen jälkeen ilmaisuja oli noin kolmekymmentä alakategoriaa.

Vaihe 4: Yläkategoriat ja niiden alakategorioita kuvaavat tiivistetyt ilmaisut järjestettiin ja numeroitiin loogiseen järjestykseen lähtien yleisistä kokemuksista ja päättyen kehittämiskohteisiin. Lisäksi vielä tarkistettiin ilmaisujen toissijainen liittyminen muihin yläkategorioihin, sekä poistettiin muutama yksittäinen ilmaus, koska ne olivat pikemminkin haastatteluiden taustatietoa, eivätkä niinkään liittyneet varsinaisiin tutkimuskysymyksiin. Vaiheen 4 tuloksena saatiin luvussa 5, Taulukossa 1 esitetyt, haastattelun tiivistetyt tulokset.

Tässä työssä ei aineiston kvantifiointi ollut järkevää haastateltavien lukumäärän (4) pienuuden vuoksi.

5 Tulokset

Tutkielmatuloksissa (taulukko 1) haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: minkälaisia esteitä sydänpotilaat olivat kokeneet sähköisten terveystietopalveluiden käytöstä, minkälaisia valmiuksia ja kokemuksia heillä oli tietotekniikan käytöstä, sekä potilaiden ehdottamia toiveita Pärjäimen käytölle arjessa. Aluksi tarkastellaan sydänpotilaiden kokemuksia tietoteknisten apuvälineiden käytöstä hoitopolun eri vaiheissa. Seuraavaksi kuvataan sydänpotilaiden halukkuutta ja valmiutta Pärjäimen käyttöön. Lisäksi tarkastellaan esteitä Pärjäimen käytölle, ja esitellään sydänpotilaiden toivomuksia Pärjäimen käyttömahdollisuuksille hoitopolun eri vaiheissa. Lopuksi saatuja tuloksia tarkastellaan vielä tarkemmin suhteessa kirjallisuusselvityksen lähteiden vastaaviin tuloksiin.

No	Pääkategoriat / Alakategorioiden kiteys	1 Kokemukset	2 Hoito polku ja saumattomuus	3 Tuki	4 Tiedonsaanti	5 Halukkuus	6 Esteet	7 Tietotekniset apuvälineet	8 Kehittämiskohteet	Haastattelun alkuperäisilmaisuja
1	Kokemukset									
1.1	Sydänoireet epämääräisiä ja vaikea tunnistaa, erilaisia miehillä ja naisilla	x								Joskus heräsin yöllä omituiseen tuntemukseen
1.2	Kotiutuksen ensimmäinen yö yksin pelotti	x	x							Minua pelotti yöt olla yksin kotona
1.3	Kotisairaanhoido toimi	x	x	x						Tultiin mittaamaan arvot kotisairaanhoidosta
1.4	Kotiutumisen jälkeinen masennus ja ruokahaluttomuus	x								Minulla oli jossani vaiheessa masennusvaihe
2	Hoito polku ja saumattomuus									
	Hoidon pirsaleisuus tuottama hankaluus ja "kasvottomuus": Useita lääkäreitä, hoitoa ulkoistettu useille palveluntarjoajalle, yhteyden saanti hankalaa	x	x							En tänä päivänäkään tiedä kuka minut leikkasi
2.2	Selkeä, yhtenäinen kuva potilaan tilasta puuttuu	x	x		x					Lääkärit kävi eivätkä he hirveästi tienneet
3	Tuki									
3.1	Pitäisi olla aina tarvittaessa yhteys sairaalaan, hoitajalle, tms. - jota yhteyttä ei kone voi korvata			x				x		Jos olis joku joka vastais
3.2	Ystävä toimi apuna kotiuttamisen jälkeen	x		x						Hyvä ystävä tuli auttamaan
3.3	Toisen ihmisen tukea kaivattiin	x		x						Mäkin oon yksin
4	Tiedonsaanti									
4.1	Ennen leikkausta oli tiedotustilaisuus, joka oli hyödyksi				x					Sairaalassa oli tiedotustilaisuus
	Tiedonsaannin vaikeuksia: toipumisvaiheesta, leikkauksen jälkeisistä oireista, lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista, apuvälineistä, mitä saa tehdä, mitä ei				x					Kukaan ei varottanut, olin keskittynyt väärin asioihin
5	Halukkuus									
5.1	Nettiasaajat halukkaita sovellusten käyttöön	x				x		x		Käytän nettiä päivittäin. Olen valmis käyttämään, jos on toimivia ohjelmia.
5.2	Vanhalle ihmiselle, joka ei osaa käyttää tietokonetta on käytön opettelu hyvin vaikeaa, ellei mahdollista	x				x	x	x		Ei vanha ihminen osaa käyttää
5.3	Tietokoneen käytön opettelua on (kai) omasta tahdosta kiinni					x				
6	Esteet									
6.1	Netin käytön pitäisi olla helpompaa ja tarvittaisiin opettelua ja ohjausta						x			Pitäis olla helpompaa
7	Tietotekniset välineet									
7.1	Kännykkä hyvä, jos ei nettiyhteyksiä					x		x		Kännyyn avulla viesti naapurille että on kunnossa
7.2	Varauksia kännykän käytön suhteen (internet käyttö, jos yhteys ei toimi)					x	x	x		Mitä jos on yksin ja känny ei toimi
7.3	TV (tuttuna välineenä) käyttöympäristönä hyvinvointikanavana							x	x	Aika paljon katotaan TV:tä
7.4	Pärjään yleisenä tietolähteenä: sairaudesta yleensä, ennaltaehkäisystä, lääketieto, apuvälineet, kuntoutuskurssit ja -paikat, linkit esim. palvelun tarjoajiin, vertaistukeen				x			x	x	Tietokoneeseen mitä kuntoutuspaikkoja on
	Pärjään potilaskohtaisena tietolähteenä: sairaskertomus, laboratoriotulokset, lääkitykset									
7.5	hoitopolku suunnitelma							x	x	Epikriisi selkokielisenä
7.6	Pärjään-toiminto: Ajanvaraus							x	x	Ajanvaraus helpommaksi
7.7	Pärjään-toiminto: Apteekkilinkki							x	x	
7.8	Pärjääntoiminto: Hälytys			x				x	x	Jokin järjestelmä pitäis olla yksinäiselle
8	Kehittämisehdotuksia									
8.1	Kehittämisehdotus: Ennaltaehkäisy, rasisutuskokeella 40-vuotiaana								x	
8.2	Kehittämisehdotus: Sopeutumisvalmennuskurssi			x					x	
8.3	Kehittämisehdotus: Kysymys / vastauspalvelu			x					x	
8.4	Kehittämisehdotus: Tukea perheenjäsenille			x					x	
8.5	Kehittämisehdotus: Potilaan sairaskertomus selkokielellä				x				x	
	Kehittämisehdotus: Asioiden (pärjäämisen tarkistus, apuvälineet, apupalvelut) järjestäminen etukäteen ennen kotiutusta		x	x					x	
8.7	Kehittämisehdotus: Kotiutusvaiheessa aika kontrolliin		x						x	
	Kehittämisehdotus: B-lausunto valmiina sairaalasta									
8.8	kotiutusvaiheessa		x						x	
8.9	Kehittämisehdotus: Seuranta ja kontrollikäynnit säännöllisesti		x						x	

Taulukko 1: Focus group -haastattelun sisällönanalyysin tulokset

5.1 Kokemukset

Tutkimustulosten perusteella keskeiset huomiot potilaiden kokemuksista liittyivät sairastumisen alkuvaiheiden oireisiin sekä erilaisiin pelkokokemuksiin sekä mielialaan liittyviin tuntemuksiin sairaalasta kotiuduttua. Yksinasuvat potilaat kertoivat kokeneensa pelkoa omasta kotona pärjäämisestään. Lisäksi toipumisvaiheessa ilmennyt masennus tuli osalle haastateltavista yllätyksenä. Tuntemuksiaan haastateltavat kuvasivat seuraavasti:

Joskus heräsin yöllä omituiseen tuntemukseen...
Ensimmäinen yö pelotti...
Minulla tuli jossain vaiheessa masennusvaihe, ja meni ruokahalut...

5.2 Hoitopolku ja saumattomuus

Hoitopolun saumattomuuden esteinä potilaat kokivat hoidon pirstaleisuuden ja kasvottomuuden. Hoitoa on ulkoistettu useille palveluntuottajille ja yhteydensaanti on hankalaa. Haastateltavien mielestä potilaan tilasta puuttuu selkeä ja yhtenäinen kuva ja haastateltavat kokivat puutteellisen tiedonkulun estävän hoidon sujuvuutta:

En tänä päivänäkään tiedä, kuka minut leikkasi, kyllä ennen vanhaan lääkäri kävi tervehtimässä...
Lääkärit kävi, eivätkä he hirveästi tienneet...
Labratuloksia ei sairaalassa jaettu, ois kiva tietää meneekö arvot ylös vai alas...
Kotisairaanhoido toimii, ensimmäiset arvot tultiin mittaamaan...

5.3 Tuki

Leikkausta edeltävään vaiheeseen ja kotiutumisen jälkeen haastateltavat kokivat yhteyden ammattihenkilöstöön puutteelliseksi ja tuen saannin vähäiseksi. Jatkovaa yhteyttä kaivattiin toiseen ihmiseen ja ammattihenkilöön. Kotiutumisen jälkeen läheiset ja ystävät toimivat apuna ja olivat tukena. Toisen ihmisen läheisyyttä kaivattiin. Tätä yhteyttä ei haastateltavien mielestä kone voi korvata:

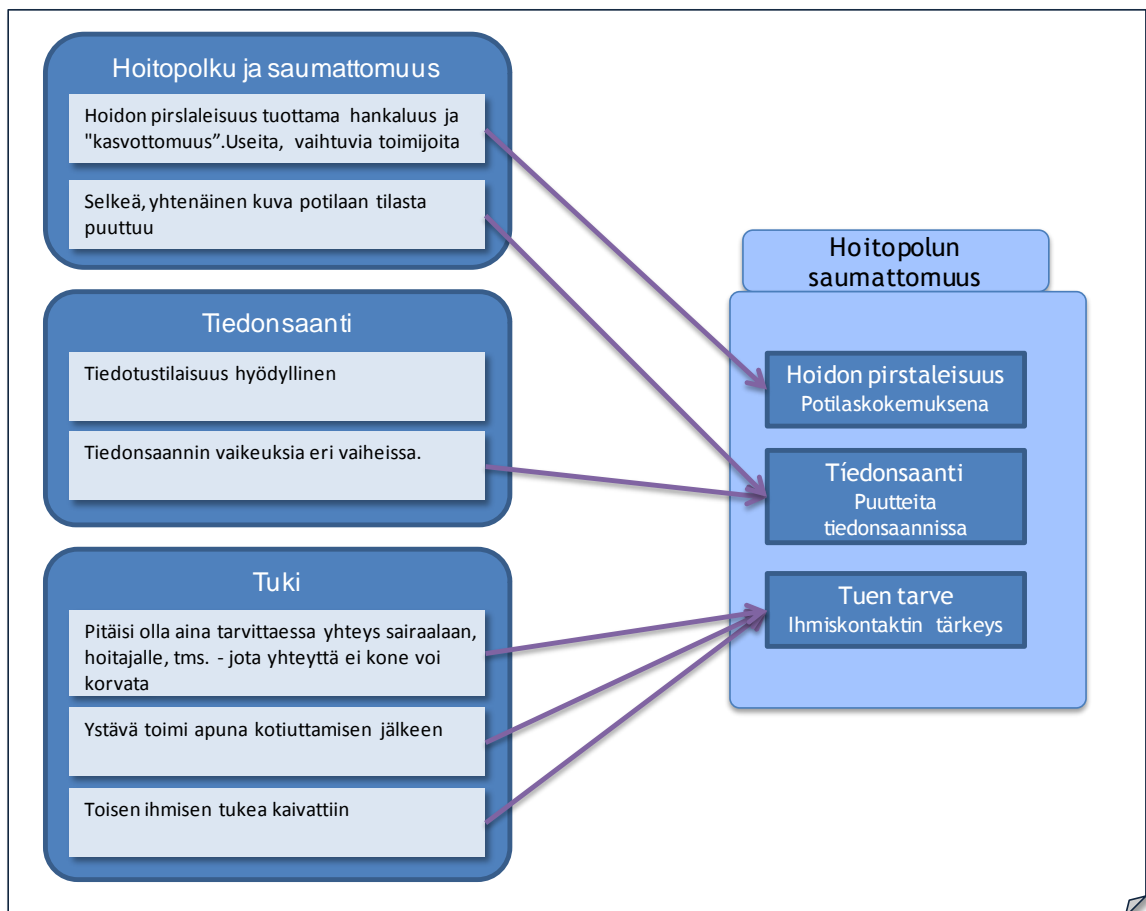
... olis joku, joka vastais...
Hyvä ystävä tuli auttamaan...
Mäkin oon yksin...
Kysyttiin että onko teillä ketään kotona, ei ole, vaimo kuoli...
Mua pelotti kotiinmeno, ei näistä tulehdusarvoista tiedä...
...ei kone voi korvata ihmistä...

5.4 Tiedonsaanti

Tiedonaannin haastateltavat kokivat olevan riittävää ennen sairaalavaihetta, mutta hoitopolun muissa vaiheissa se koettiin puutteelliseksi: haastateltavat eivät saaneet tarpeeksi tietoa leikkauksen jälkeisistä oireista, lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista. Tietoa kaivattiin myös kotona tarvittavista apuvälineistä ja leikkauksen jälkeisen fyysisen aktiviteetin turvallisuudesta. Lisäksi ennakkoivasta tiedosta koettiin olevan apua:

Vihkosia sain sairaalasta...
 Hotellissa oli tiedotustilaisuus, sairaalasta saatiin siitä tietoa...
 Kukaan ei varottanut, olin keskittynyt väärin asioihin...
 Ei puhuttu jatkumahdollisuuksista, resepti käteen ja menoksi...
 ...ohjeet, mitä ei saanut tehdä, kuinka paljon saa käyttää voimaa, ja perusteet minkä vuoksi ei saa tehdä...
 Etukäteisohjeet ois saanut olla, esimerkiksi autolla ajo oli kielletty ja kauppaan ois pitänyt päästä...

Kuviossa 7 on koottu yhteen hoitopolun saumattomuuden näkökulmasta sitä estäviä ja edistäviä tekijöitä.



Kuvio 7: Hoitopolun saumattomuus, tiedonsaanti ja tuen tarve

5.5 Halukkuus

Halukkuuteen käyttää tietoteknisiä apuvälineitä haastateltavat kokivat tietoteknisten apuvälineiden hallinnalla ja kiinnostuksella niitä kohtaan olevan käyttöhalukkuutta lisäävä vaikutus. Haluttomuuteen käyttää tietotekniikkaa hyvinvointinsa apuna haastateltavat kokivat johtuvan ikääntymisestä ja vaikeudesta oppia uusia asioita. Lisäksi tietokoneen käytön opettelu on haastateltavien mielestä kiinni omasta tahdosta. Tuntemuksiaan he kuvasivat seuraavasti:

Ei vanha ihminen osaa käyttää...
Kun on vanhempi ihminen, ei elämä voi mennä yksin tietokoneisiin...
DNA:ssa vastasi ääni, ei vanha ihminen osaa käyttää vastauspalvelua...
Kait se on omasta tahdosta kiinni...

Haastateltaville, joille tietokoneen käyttö oli jo tuttua, ei tietoteknisen apuvälineen käyttöön otto tiedonsaannin kanavana tuntunut hankalalta:

Mullahan on tietokoneet, oon valmis käyttämään jos on toimivia ohjelmia...
Kännykkää en oo iästunut käyttämään tiedonhakuvälineenä...

5.6 Esteet

Haastateltavat, joille tietokoneen käyttö ei entuudestaan ollut tuttua, kokivat sen opetteluun olevan liian vaikeaa, ja Internetin käytön opetteluun pitäisi saada ohjausta:

Pitäis olla helpompaa, vanhuksilla ei tulis yhtään mitään...
...opettelu vaikeaa, ei korvaa ihmistä...

5.7 Tietotekniset välineet

Haastateltavien kokemukset tietoteknisten välineiden käytöstä liittyivät matkapuhelimen, tietokoneen ja Internetin käyttöön. Tietoteknisiksi välineiksi haluttiin tuttuja jo ennalta osattuja välineitä, esimerkiksi matkapuhelin. Matkapuhelimen meneminen epäkuntoon koettiin riskiksi: miten tiedon saa silloin kulkemaan:

Jos känny ei toimi ja on yksin, ei voi saada apua...
Ois kauheeta maata yksin viikon eikä kukaan tule apuun, jokin järjestelmä pitäis olla yksinäiselle...
Kännyn avulla viesti naapurille, että kaikki on kunnossa...

Haastateltavien mielestä matkapuhelin on hyvä tietotekninen väline, ellei omista tietokonetta tai Internetyhteys ei toimi. Televisio koettiin tuttuna välineenä toimivaksi hyvinvointikanavaksi:

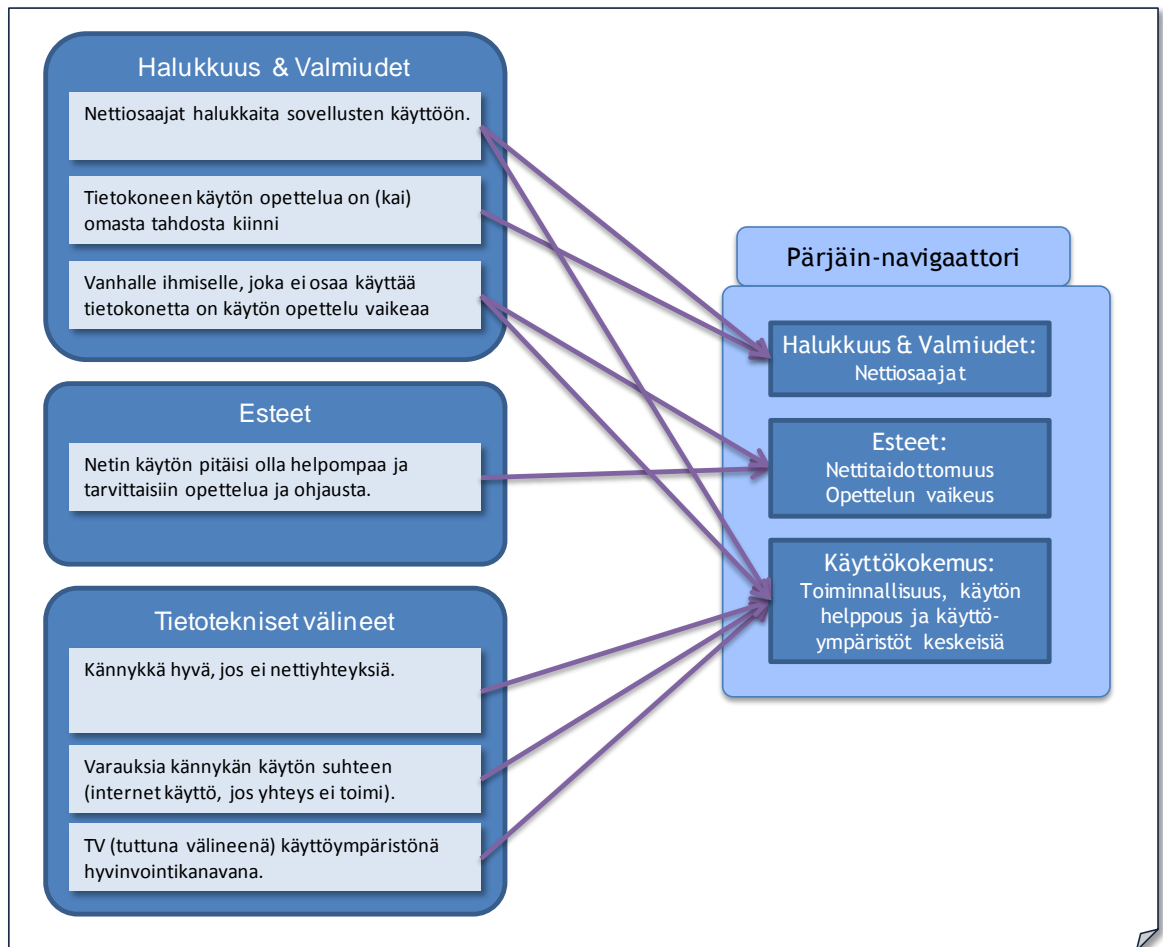
Olisko hyvinvointi-tv hyvä juttu sellaiselle joka ei käytä tietokonetta? Siell`vois olla yhteys,

jotain järjestettyjä jumppia...
Aika paljon katotaan TV:tä...

Haastateltavat kokivat, että sairaalassa ollessaan he eivät saaneet riittävästi tietoa voinnistaan ja tulevaisuudestaan. He toivoivat sairaalassaolovaiheeseen tiedonsaantivälinettä.

...labratuloksia ei jaettu...
Lääkärit kierrolla tulevat tietokoneensa kanssa, hiljaisella äänellä supattavat tietokoneeseen. Voisiko sairaalassa olla pieni Pärjään potilaalla, että puhuis samaa kieltä lääkärin kanssa...

Kuviossa 8 on koottu Pärjäimen käyttöön liittyviä sekä estäviä että edistäviä tekijöitä.

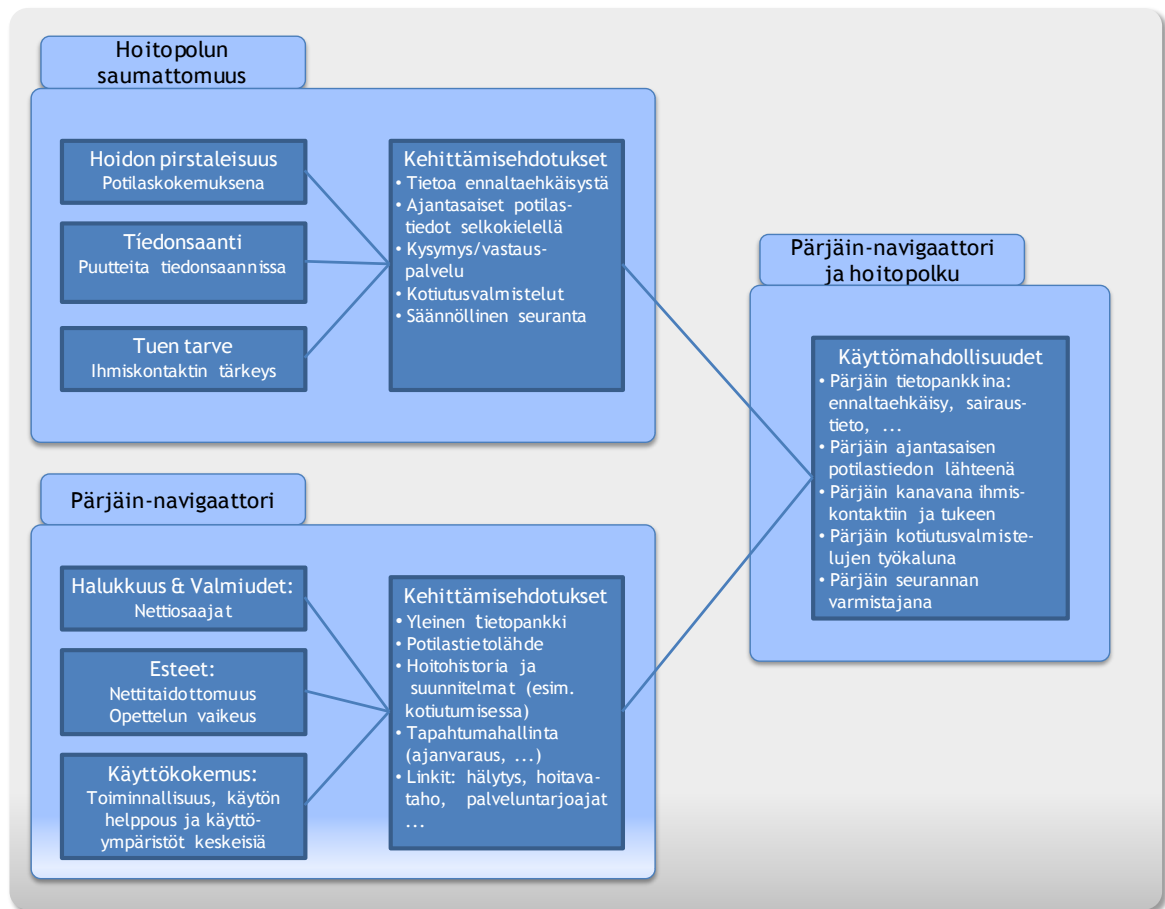


Kuvio 8: Potilaan halukkuus, valmiudet, esteet Pärjään-navigaattorin käyttöön

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Kuviossa 9 on tiivistetty keskeiset tulokset ja kehitysehdotukset toisaalta Pärjäin-navigaattorin ja toisaalta hoitopolun saumattomuuden osalta. Lisäksi on tunnistettu näistä kehitysehdotuksista yhteisiä käyttömahdollisuuksia Pärjäin-navigaattorille osana hoitopolkua.



Kuvio 9: Pärjäin-navigaattoria ja hoitopolun saumattomuutta koskevien tulosten yhteenveto, sekä näitä yhdistäviä käyttömahdollisuuksia

Seuraavassa tarkastellaan saatuja tuloksia vielä tarkemmin suhteessa kirjallisuusselvityksen lähteiden vastaaviin tuloksiin.

Kokemus tietoteknisten apuvälineiden käytöstä

Tutkielman tulosten perusteella sydänpotilaiden kokemukset tietoteknisten apuvälineiden käytöstä rajoittuivat matkapuhelimen ja tietokoneen käyttöön. Matkapuhelimen käytöstä kaikilla

haastatelluilla oli kokemusta, kun taas tietokonetta käyttivät haastateltavat, jotka omistivat tietokoneen ja hallitsivat sen käytön. Tietokonetta käyttävät käyttivät sitä tiedonhakuun, vuorovaikutukseen ja pankkiasiointiin sekä tietokonepelien pelaamiseen. Tutkimustuloksia tukivat Mustamäen (2007), Jylhän (2007) ja Castrenin (2008) tutkimukset, joiden mukaan käyttäjät olivat tottuneet käyttämään Internetiä ja hallitsivat sen käytön. Tutkimusten mukaan Internetiä käytettiin lähinnä tiedonhakuun, mutta myös ajanvaraukseen ja laboratoriotulosten sekä sähköisen reseptin saantiin lääkäriltä.

Halukkuus käyttää tietoteknisiä apuvälineitä

Sydänpotilaiden halukkuuteen käyttää tietoteknisiä apuvälineitä vaikutti koettu ikääntyminen ja sen myötä vaikeus oppia uusia asioita. Lisäksi halukkuuden todettiin riippuvan kiinnostuksesta tietoteknisiä apuvälineitä kohtaan. Tutkielmatulokset ovat yhtenevät Tompurin (2010) ja Rantasen (2010) tutkimusten kanssa, joiden mukaan kansalaisten asenteiden, luonteenpiirteiden ja kokemusten todetaan vaikuttavan sähköisten palveluiden käyttöönoton halukkuuteen. Toisaalta Tompurin tutkimuksen mukaan käyttäjän luottamus sähköisten palveluiden tarjoajaan parantaa käyttäjän kokemaa käytön hyödyllisyyttä ja helppokäyttöisyyttä.

Esteet halukkuuteen käyttää tietoteknisiä apuvälineitä

Tutkielmatulosten mukaan sydänpotilaat kokivat tietotekniikan opetteluun vaikeaksi ikääntymisen ja tietotekniikan monimutkaisten sovellusten vuoksi. Haastateltavat toivoivat saavansa Internetin käytön opetteluun ohjausta. Tanskanen (2011) tutkimuksen mukaan ikääntyminen saattaa vaikuttaa motivaatioon opiskella uusia asioita siten, että oppiminen laantuu ja vanhoihin tapoihin pitäytyminen korostuu. Kognitiivisten ongelmien kasvaminen iän myötä vaikeuttavat oppimista. Havaintovaikeudet liittyvät näkökyvyn ja kuulon heikentymiseen, jolloin ne aiheuttavat ongelmia tietotekniikan käytössä. Lisäksi ikäihmisillä voi olla vaikeuksia motoriikan kanssa johtuen sairaudesta tai onnettomuudesta. Ikäihmisille on myös tyypillistä hitaammalla nopeudella toimiminen. (Tanskanen, 2011, 29-30.)

Tietotekniset apuvälineet

Tietoteknisistä apuvälineistä sydänpotilaat halusivat käyttää heille tuttuja välineitä, kuten matkapuhelinta ja tietokonetta. Pelon laitteen toimimattomuudesta katsottiin olevan este käytölle. Hyppösen Stakesille toimittama tutkimus (2008) on samoilla linjoilla tämän tutkielman kanssa. Hyppösen mukaan ikääntyvien yleisin viestintäväline oli matkapuhelin, jota käytettiin vuorovaikutukseen läheisten kanssa, asiointiin, yhteydenottoihin, ajanvaraukseen ja lippujen varaamiseen sekä turvallisuuden tunnetta lisäävänä välineenä, esimerkiksi marja- ja sienestysretkillä. Tietokonetta käyttävät etsivät Internetin avulla tietoja, esimerkiksi

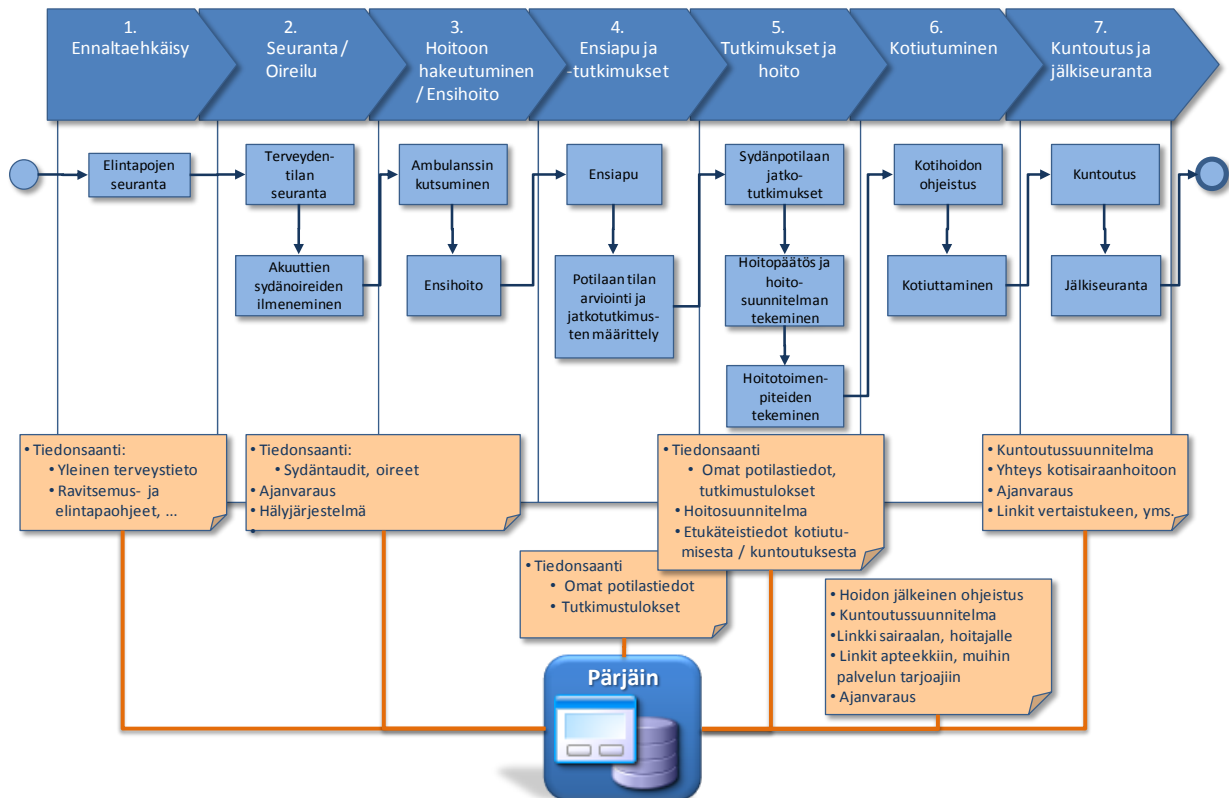
terveyteen, hyvinvointiin ja vapaa-aikaan liittyvissä asioissa sekä asiointiin. Hyppösen tutkimuksen mukaan ikääntyneet ovat kiinnostuneita tieto- ja viestintätekniikan tarjoamista palveluista niiden itsenäistä selviytymistä tukevinä palveluina (Hyppönen 2008, 39-40.)

Sydänpotilaiden toiveita Pärjäimen käyttömahdollisuuksille hoitopolun eri vaiheissa

Sydänpotilaat toivoivat sairastumisen alkuvaiheessa Pärjäimeen ennaltaehkäisevää tietoa sydän- ja verisuonitaudeista ja niiden riskitekijöistä sekä suoraa linkkiä, joka mahdollistaisi tarvittaessa suoran yhteyden hoitavaan tahoon tietojen saamiseksi ja turvallisuuden tunteen lisäämiseksi. Pärjäimeen toivottiin myös mahdollisuutta saada linkki ajanvaraukseen, omahoitajalle ja apteekkiin, jotta vastaanotolle pääsy helpottuisi, tuen saamiseksi sekä turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi. Sairaalavaiheen aikana Pärjäimeen toivottiin tietopankkia, jossa olisi kaikki tarvittava tieto yhdessä ja samassa paikassa, esimerkiksi tietoja kuntoutusmahdollisuuksista, turvallisesta toiminnasta kotiutuksen jälkeen ja lääkehoidosta. Pärjäimeen toivottiin myös ohjausta ja tapauskertomuksia leikkauksista. Haastateltavat toivoivat Pärjäimen toimintoihin potilaskohtaisen tietolähteen, josta voisi lukea omia terveystietoja ja tehtyjen tutkimusten tuloksia. Lisäksi toivottiin kotisivustoja vertaistukiryhmistä. Kuntoutumisvaiheessa haastateltavat toivoivat Pärjäimeen ohjausta liikunnasta ja elämäntavoista sekä suoraa linkkiä sairaalaan. Tutkielmatulosten mukaan haastateltavat toivoivat kotiutumisvaiheessa Pärjäimessä olevan ohjausta, esimerkiksi ravitsemuksesta ja liikunnasta.

Tutkimustulosten perusteella haastateltavien toiveet ja kehittämis ehdotukset Pärjäimen käytön suhteen sydänhoitopolun eri vaiheissa liittyivät tiedonsaannin helpottumiseen, henkisen tuen saamiseen, ohjaukseen sekä vuorovaikutukseen ammattihenkilöiden kanssa. Lisäksi toivottiin Pärjäimen olevan helppokäyttöinen ja helposti saavutettava.

Kuviossa 10 on esitetty Pärjäimen käyttömahdollisuuksia sydänhoitopolulla.

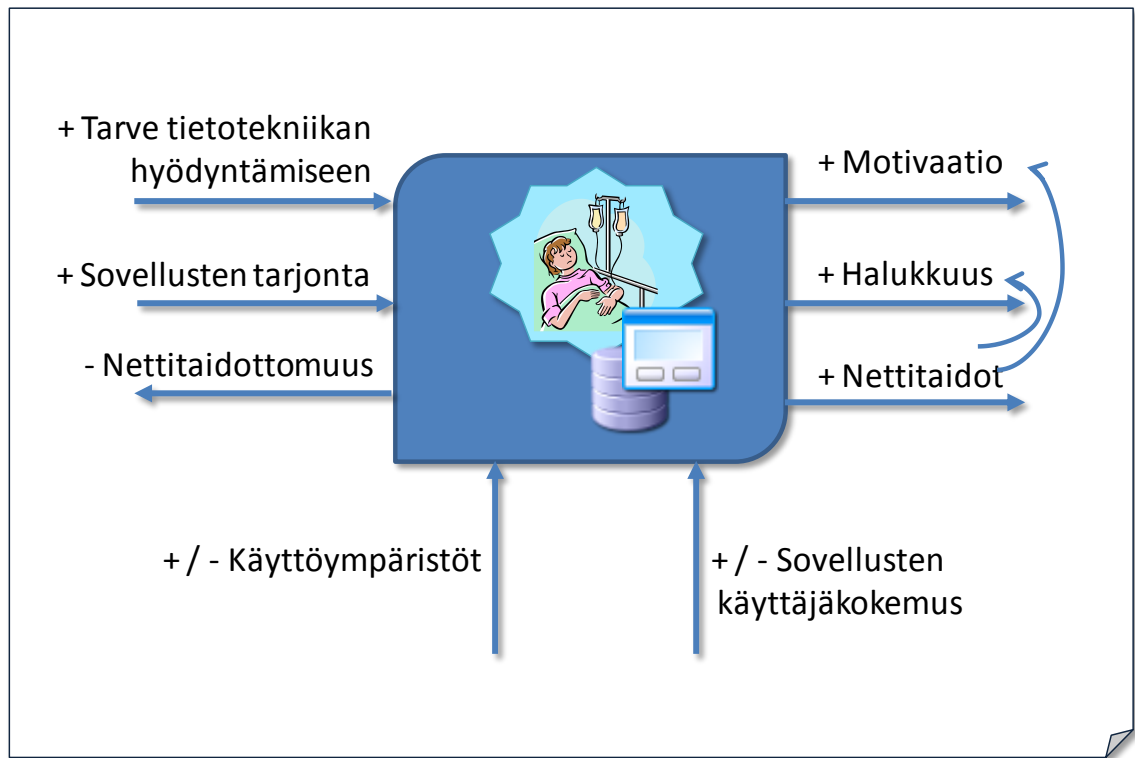


Kuvio 10: Pärjäimen käyttömahdollisuuksia sydänhoitopolulla

Hoitopolkuun liittyviä kehittämistoiveita

Hoitopolkuun liittyvät toiveet sisälsivät hoitokertomuksen ymmärrettävyyden lisäämistä: haastateltavat toivoivat sairaskertomuksen olevan ymmärrettävämpi ja helpompi lukea. Lisäksi potilaat toivoivat rasituskoetta 40-vuotiaille ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Saumattomuutta edistävänä tekijänä haastateltavat toivoivat lääkäriltä B-lausuntoa jo sairaalasta kotiutumisvaiheessa. Seuranta- ja kontrollikäyntejä toivottiin säännöllisiksi toimenpiteiksi, kotiutumisvaiheessa voisi saada jo kontrollikäyntiajan. Haastateltavat toivoivat sopeutumisvalmennuskursseja, joita voisi olla kotiutumisvaiheessa. Kelan myöntämät kuntoutuskurssit on usein kilpailutettu eri kuntoutuslaitoksilla, jotka voivat sijaita niin kaukana, että huonokuntoisten ihmisten on vaikea päästä niihin.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset



Kuvio 11: Yhteenveto tietoteknisten apuvälineiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä

Yhteenveto tietoteknisten apuvälineiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä on esitetty Kuvassa 11: Väestön ikääntyminen luo kysyntää hyvinvointipalvelujen kehittämiseen ja laajentamiseen, mihin tietotekniikka voi vastata antamalla uusia mahdollisuuksia uusien toimintatapojen luomiselle. Pärjäimen käyttöön vaikuttavia tekijöitä ovat yhteiskunnan taholta tulevat paineet säästöistä, joihin tietoteknisistä apuvälineistä toivotaan tulevan apua (Tuohimaa & Meristö 2010, 5.) Lisäksi erilaisten sovellusten monipuolinen tarjonta luo suotuisat puitteet tietotekniikan käyttömahdollisuuksille. Tietotekniset apuvälineet mahdollistavat omaehtoisen terveyden hoidon tuomalla tietoa ja ohjeita ihmisille (Paukkala & Hartonen 2006). Nettineuvonta hankkeen Hyvis-portaali sisältää tällä hetkellä jo, esimerkiksi palveluhakemiston, terveyskirjaston ja neuvontapalvelun.

Nykyiset, tutut tietotekniset käyttöympäristöt joko vähentävät tai lisäävät tietoteknisten apuvälineiden käyttöä. Jos kansalaisille on tarjolla vain web-sovelluksia, on se nettiosaamattomalle hankalaa. Jos Pärjään on tutussa, ennalta opitussa käyttöympäristössä, lisää se halukkuutta käyttää tietoteknistä apuvälinettä. Uuden käyttöympäristön opetteleminen ei riitä halukkuuteen käyttää Pärjaintä.

Potilaiden Internet-taidoilla on tulosten mukaan oleellinen rooli halukkuuteen käyttää tietoteknisiä apuvälineitä hyvinvointinsa tukemiseen. Mikäli potilaalla on jo tietokone käytössään, ja on tottunut hakemaan tietoa sen avulla, suhtautuu hän myönteisesti Pärjäimen käyttöön. Tietotekniset apuvälineet edellyttävät valmiuksia niiden käyttöön, ja opetteleminen koettiin hankalaksi. Nettiosaamattomalle on hyvä tuoda Pärjään tuttuihin käyttöympäristöihin, kuten televisioon (hyvinvointi-TV) tai matkapuhelimeen. Digi-TV:n kehittyminen avaakin uusia mahdollisuuksia Pärjäimen käytölle, koska televisio tuttua välineenä voisi saavuttaa sellaisiakin sydänpotilaita, joilla ei ole kokemusta tietotekniikan käytöstä. Siten Pärjäimen tarjoama tiedollinen tuki pystyisi hyödyntämään suurempaa sydänpotilaiden joukkoa tukien paremmin sydänpotilaiden hyvinvoinnin hallintaa.

Hoitopolun saumattomuutta heikensivät haastateltavien mielestä hoidon pirstaloituminen ja puutteellinen tiedonkulku eri toimijoiden välillä. Yhteenvetona Pärjäimen käyttömahdollisuuksista haastateltavat toivoivat Pärjäimen olevan yleinen tiedonsaannin toiminto, esimerkiksi tietopankki, jossa kaikki tieto olisi yhdessä ja samassa paikassa. Siinä voisi olla tietoa sairauksista, ennaltaehkäisystä, lääkkeistä, apuvälineistä, kuntoutuskursseista ja vertaistuesta sekä linkit palveluntarjoajista.

Hoitopolkua ja sen saumattomuutta voitaisiin edelleen kehittää siten, että eri toimijoiden välinen tiedonkulku paranisi, ja siten myös potilaan tiedonsaanti omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan helpottuisi. Haastattelussa tuli ilmi ihmiskontaktin tärkeys, jota kone ei pysty korvaamaan. Kone toimii vain kommunikoinnin ja tiedonsaannin apuna.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista on tutkijan puolueettomuus tutkittavaan aiheeseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkijoilla ei ole sidonnaisuuksia yhteistyökumppaneihin eli haastateltuihin sydänpotilaisiin. Opinnäytetyön aiheen valintaan on vaikuttanut opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus sydänpotilaiden hoitopolkua ja Pärjäimen käyttöä kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuus.

Henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ovat keskeisiä asioita laadullisessa tutkimuksessa. Luotettavuus tarkoittaa kuvauksen ja siihen liitettyjen tulkintojen yhteensopivuutta. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kuvata selvästi ja totuudenmukaisesti. Tulosten tulkinnassa tulee noudattaa tarkkuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232-233.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa analysoitaessa perinteistä reliaabeliuden käsitettä tullaan lähemmäksi alueilla, jotka koskevat aineiston laatua. Tällöin reliaabelius koskee tutkijan analyysin luotettavuutta aineistosta. Luotettavuudessa on kyse siitä, onko tutkimuksessa huomioitu kaikki käytettävissä oleva aineisto, onko aineiston litterointi suoritettu oikein jne. Lisäksi on tärkeää, että tulokset heijastavat mahdollisimman pitkälle tutkittavien ajatusmaailmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189.)

Tutkimushaastattelua varten valittiin haastateltavaksi neljä sydänpotilasta, koska he sopivat tutkielman aiheen perusteella parhaiten haastateltaviksi. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa vähentää otoksen pienuus, mutta haastateltavien henkilökohtaisella kokemuksella on painoarvoa tutkittavaan asiaan. Pienen otoksen vuoksi haastattelumenetelmäksi valittiin focus group -haastattelu, joka toteutettiin teemahaastatteluna. Tutkimushaastattelu toteutettiin Lohjan seurakuntakodissa ja haastattelu nauhoitettiin Lohjan Laureasta lainatulla nauhurilla. Haastattelu purettiin heti haastattelutilanteen jälkeen. Luotettavuuden varmistamiseksi molemmat tutkijat kuuntelivat nauhan ja litteroivat sen yhdessä. Tutkimuksen luotettavuuteen on pyritty kuvaamalla tulokset yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Lisäksi opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden ja tutkimusten lähdeviitteet on merkitty mahdollisimman huolellisesti. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä aiempien tutkimusten tuloksia hyväksi tulosten tarkastelussa. Tutkimustulokset julkistetaan kaikille avoimessa julkaisuseminaarissa.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimus toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti ja huolellisesti kunnioittaen muiden ammattilaisten saavutuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133). Tutkimushaastattelua varten haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelua varten. Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi haastateltaville lähetettiin etukäteen esitietolomake, jossa käsiteltiin teemahaastatteluun kuuluvia kysymyksiä. Lomakkeen haastateltavat palauttivat haastattelun yhteydessä.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan muun muassa eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien käyttö, tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet ja velvollisuudet sekä kaikkien osapuolten tutkimuksen alussa hyväksymät määritetyt ja kirjatut kysymykset, jotka koskevat tutkimustulosten omistajuutta sekä aineistojen säilyttämistä. Mikäli haastattelut sisältävät tunnistetietoja, määrittää tutkittavalle annetun tiedon sisältö tutkimusaineiston kohtalon: voiko aineistoa käyttää tutkija itse tai hänen kollegansa tutkimuksen päätyttyä, voiko aineiston arkistoida vai täytyykö se hävittää tutkimuksen tulosten oikeellisuuden tarkastamisen jälkeen. Aineistosta poistetaan tai karkeistetaan tunnistetiedot, jotka voivat ilmetä haastattelun litteraatio-osuudessa. (Ruusuvuori ym. 2010, 450-452.)

Tutkimuksen ja etiikan suhde on kaksijakoinen. Toisaalta eettisiin ratkaisuihin vaikuttavat tutkimuksen tulokset. Toisaalta eettisillä kannoilla on merkitystä tutkijan tieteellisessä työssä tekemisiin ratkaisuihin. Jälkimmäisestä etiikan ja tutkimuksen yhteydestä käytetään nimitystä Tutkielman tieteen etiikka. Tutkimuksen uskottavuudella ja tutkijan eettisillä ratkaisuilla on yhteneväisyyksiä. Uskottavuuden edellytyksenä on tutkijan hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Suomen Akatemian Tutkimuseettinen neuvottelukunta erottaa sekä hyvän tieteellisen käytännön loukkauksen että tieteellisen vilpin, joka tarkoittaa sepitettyjen, vääristeltyjen tai luvottomasti lainattujen havaintojen ja tulosten esittämistä omanaan. Tekijällä itsellään ja tutkimusryhmän sekä tutkimusyksikön johtajalla on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Eettiset ratkaisut liittyvät kaikkiin tutkimuksiin. Ihmistieteissä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa esiintyy eettisiä kysymyksiä. Eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia haastattelussa, jolloin ollaan suoraan kontaktissa tutkittaviin. Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa mainitaan yleensä informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Lisäksi eettiset kysymykset voivat käsitellä esimerkiksi vallankäyttöä, tutkijan toimintaa ammatti-ihmisenä, laillisuuskysymyksiä, tutkimuksen rahoitusta ja sponsorointia. (Hirsjärvi & Hurme. 2001, 19-20.)

Henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ovat keskeisiä asioita laadullisessa tutkimuksessa. Luotettavuus tarkoittaa kuvauksen ja siihen liitettyjen tulkintojen yhteensopivuutta. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kuvata selvästi ja totuudenmukaisesti. Tulosten tulkinnassa tulee noudattaa tarkkuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232-233.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa analysoitaessa tullaan perinteistä reliaabeliuden käsitettä lähemmäksi alueilla, jotka koskevat aineiston laatua. Tällöin reliaabelius koskee tutkijan aineistosta tekemän analyysin luotettavuutta. Reliaabeliudessa on kyse siitä, onko huomioitu kaikki käytettävissä oleva aineisto, onko aineiston litterointi suoritettu oikein jne. Lisäksi on tärkeää, että tulokset heijastavat mahdollisimman pitkälle tutkittavien ajatusmaailmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189.)

Hyvän eettisen käytännön mukaisesti haastateltavia informoitiin haastattelun tarkoituksesta haastattelupyynnön yhteydessä. Haastateltavat antoivat vapaaehtoisen suostumuksensa tutkimushaastattelua varten. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelua varten. Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi haastateltaville lähetettiin etukäteen esitietolomake, jossa käsiteltiin teemahaastatteluun kuuluvia kysymyksiä. Lomakkeen haastateltavat palauttivat haastattelun yhteydessä. Haastattelutilaisuuden alussa haastateltaville annettiin lisätietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta Power-point -esityksen muodossa. Lisäksi haastateltaville korostettiin, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei

missään vaiheessa paljasteta. Haastattelunauha on hävitetty haastattelun purkamisen jälkeen, kuten myös litteroitu teksti, jotta tutkimusaineisto pysyisi ainoastaan tutkijoiden hallussa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkijoilla ei ole sidonnaisuuksia yhteistyökumppaneihin eli haastateltuihin sydänpotilaisiin. Opinnäytetyön aiheen valintaan on vaikuttanut opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus sydänpotilaiden hoitopolkua ja Pärjäimen käyttöä kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuus.

Lähteet

Andström, K, Gabrielsson, V, Jääskelä, S & Karstila, K. Sydänhoitopolku. Työpaperi 2010.

Castren, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen vastuualue. Ylioppilaiden terveysäätiö. Luettu 02.01.2012. <http://www.acta.fi/pdf/978-44-7519-1> Luettu 02.01. 2012

Cheah, J.2000. Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore. International Journal for Quality in Health Care 2000. Volume 12, Number 5, pp. 403 - 412. Viitattu 19.03.2011.
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/12/5/403>

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus 27.10.2009. Tulostettu 20.02. 2011. [http:// www.lohjanlaurea.fi](http://www.lohjanlaurea.fi)

Eskola, J, & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fawcett J, Ph.D.F.A.A.N. Printed in United States of America 1984. Copyright by F.A, Davis Company. ISBN 0-8036-3409-9.

Harju, P. 2006. Sähköinen asiointi terveydenhuollon haasteena. Työntekijöiden kokemuksia puhelin- ja nettineuvonnasta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveydenhallinnon ja - taloudenlaitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Luettu 05.02. 2012.
http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?

Heikkilä, J, Huikuri, H, Luomanmäki, K, Nieminen, M, S & Peuhkurinen, K. 2000. Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirvasniemi, R, & Kanto, V. 2009. Innovaatiosta käytäntöön -katsaus Oulun omahoitohankkeeseen. Luettu 25.10.2011.
http://www.google.fi/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4SKPB_enFI345FI345&q=Hirvasniemi+%26+Kanto.+2009

Holmia, S, Murtonen, I, Myllymäki, H & Valtonen, K. 2008, 4-6. painos. Sisätautien, kirurgisten tautien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Huttunen. K. 2007. Strateginen suunnittelu sydäntutkimusosastolla, esimerkkinä angiografiapotilaan hoitotyön kehittäminen. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Luettu 30.01.2012. <http://www.tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01617.pdf>

Hyppönen, H. 2004. Tekniikka kehittyy, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino oy.

Hyppönen, H. (toim.) 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Luettu 01.03.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R9-2008-VERKKO.pdf>

Hyppönen, H & Niska A. 2008. Kohti kansalaisten sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Luettu 10.01.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit.pdf>

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Luettu 12.02. 2011. <http://www.stm.fi/hyvinvointi>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen toimikunta. Luettu 20.03.2011.

<http://pro.tsv.fi/tenk/htkfi.pdf>

Hänninen, E, Koivunen, M & Paaso, P. 2001. Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus. Helsinki: Edita Oyj. Luettu 03.10.2011.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T19-2008-VERKKO.pdf>

Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Jylhä, V. 2007. Terveydenhuollon verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. terveyshallinnon ja -taloudenlaitos. Luettu 09.01.2012.

<http://www.kampus.uku.fi/gradut/2007/3055.pdf>

Kivelä, M. 2011. Kansalaisille suunnattujen sähköisten palveluiden edellyttämä osaaminen. Kandidaattitutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tietojen käsittelylaitos. Luettu 30.02.2012.

<http://www.jyx.fi/dspace/bitstream/handle/1234>

Klemola, L. 2005. Sydän- ja lonkkapotilaiden hoitoketjut ja niiden kehittäminen eräissä sairaanhoitopiirissä. Pro gradu-tutkielma. Terveyshallintotiede. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveyden hallinnon ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Luettu 19.04. 2012.

http://www.uef.fi/c/document_library/get_file

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli tilastollisen prosessin ohjauksen perusturvasovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Luettu 20.03.2012.

<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11, no 1/-99.

Köliö. 2007. Hyvinvointiohjelman käyttäjäkokemus-case:mywellness. Luettu

10.05.2011. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12381/URN_NBN_fi_jyu-2007959.pdf?sequence=1

Lecker R, Armijo D, Chin S, Christensen J, Desper J, Hong A & Kneale L. Review of the Personal Health Record (PHR) Service Provider Market - Interoperability and Data Mobility. Altarum Institute / ONCHIT, 2007. Luettu 05.05.2011

https://www.cdt.org/healthprivacy/PHRs_Altarum_2007.pdf

Mattila, A. 2009. Hyvinvoinnin teoriala. Terveyskirjasto. Luettu 07.02.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi/tk.k>

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. 2011. Sepelvaltimotauti. Luettu 17.05.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.k>

Mustamäki, M. 2007. Sähköinen asiointi perusterveydenhuollossa. Asiakkaiden kokemuksia Pape-seulonnan ajanvarauksen toimivuudesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveydenhallinnon ja -taloudenlaitos. Luettu 26.01.2012.

http://www.uku.fi/c/document_library/get_file

Mäkelä, L. Hoitoketjun kehittäminen. HUS. Luettu 01.09.2011.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28776,28777>

- Mäkinen, A & Penttilä, U-R. 2008. Tulppa-avokuntoutusohjelma. Selvitys kuntoutujien kokemuksista ja vaaratekijämuutoksista vuoden seurannassa. Sydänliitto. Luettu 26.01.2012.
http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file
- Männistö, T. 2011. Sydänpotilaan ohjaukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan osaamisvalmiudet. Ylempi AMK. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveiden edistäminen. Luettu 11.03.2012.
<https://publications.thesis.fi/bitstream/handle>
- Nurminen, M, Meristö, T. 2009. Omahyvinvointihanke, Väliraportti I -Pärjäin kansalaisen käyttöön?. Luettu 20.04.2011.
http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV_raportti_1.pdf
- Nurminen, M (toim), Meristö, T, Tuohimaa, H. 2009. Pärjäin-navigaattori kansalaisen asiointitarpeisiin. Omayvinvointi- hankkeen II väliraportti. Luettu 20.04.2011.
http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OmaHyvinvointi_2_VALIRAPORTTI.pdf
- Nygren, P & Nurminen, R. 2011. Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114. Luettu 17.02.2012.
<http://www.ennakointi.wikispaces.com/file>
- Nykänen, P, Mäkinen, J & Seppälä, A. 2010. OmaHyvinvointi- hankkeen arvioinnin loppuraportti- Kehittämisprosessi ja pilotit. Luettu 02.04.2011.
http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV_loppuraportti.pdf
- Partanen, H. 2011. Vuorovaikutteinen sähköinen asiointi terveydenhuollossa. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- terveysjohtamisenlaitos. Luettu 19.02.2012. http://www.epublications.uef.fi/pub_urn_nbn_fi_uef
- Panella, M, Vanhaecht, K. 2009. Is there still need for confusion about pathways? International Journal of Care Pathways. Luettu 30.04.2011.
<http://ijcp.rsmjournals.com/content/14/1/1.full>
- Pellikka, M. 2007. Sepelvaltimopotilaan jatkohoitojärjestelmän kartoittaminen ja parantaminen Espoossa. Luettu 25.08.2011.
<http://www.espoo.fi/binary.asp?path=113212&field=FileAttachement>
- Pietilä, A.M, Hakulinen, T, Hirvonen, E, Koponen, P, Salminen, E-M & Sirola, K. 2002. Terveiden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Rantanen, A. 2010. Potilaiden sähköiset terveyspalvelut. Kandidaattityö. Aalto- Yliopisto. Espoo. Tietotekniikan laitos. Luettu 10.02. 2012.
http://www.soberit.hut.fi/t-121/shared/thesis/kandityot/kandi_annina_rantanen.pdf
- Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ruusuvuori, J, Nikander, P & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Sarapisto, M. 2009. Laurea Lohja. Eläköityvän hyvinvoinnin turvaaminen-tieto- ja palvelutarpeet sekä niiden tukeminen sähköisillä ratkaisilla. Luettu 25.04.2011.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5731/Sarapisto.pdf?sequence=1>
- Siekkinen, P. 2010. Hoitoketjujen kustannuksien ja vaikuttavuuden arviointi nivelreumapotilailla. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Luettu 21.01.2012
<http://www.tutkielmat.uta.fi/gradu04440.pdf>

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Luettu 11.3. 2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006

Suomen Sydänliitto ry. Mikä sydän kuntoutus on? Luettu 20.10.2011. <http://www.sydanliitto.fi>
 Tanskanen, M. 2011. Ikääntyminen ja tietotekninen oppiminen: Kaikki uutta! Luettu 1.3.2012.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/37168>

Terveiden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. Luettu 05.02. 2011
<http://www.stakes.fi/FI/Etusivu.htm>

Tuomainen, M, Toivanen, M, Mykkänen, J, Palmen, M, Luukkonen, I, Itälä, T, Tarkkanen, K, Reijonen, P & Kouri, P. 2010. Kuopio. Pärjäimen suunnitteluperiaatteet- käyttökonteksti, tiedot ja arkkitehtuuri. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 20.04.2011.
<http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV-Parjain-design.pdf>

Tuomainen, M, Mykkänen, J, Luukkonen, I, Itälä, T, Kotinurmi, P, Yong Han, Sommer, N, Nykänen, P & Toivanen, M. 2010. Omahyvinvointi-hanke PHR-katsaus. luettu 02.04.2011.
<http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV-PHR-katsaus-final2.pdf>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tompuri, M. 2010. Kansalaisten sähköiset terveystalvelut. Kandidaattityö. Aalto- Yliopiston teknillinen korkeakoulu. Informaatio- ja luonnontieteiden tiedekunta. Informaatioverkostojen tutkinto-ohjelma. Luettu 01.02.2012.
<http://www.soberit.hut.fi/t-121/shared/thesis/kand>

Meristö, T, Muukkonen, P, Nurminen, M & Tuohimaa, H. 2010. Pärjään OmaHyvinvointi- hankkeen loppuraportti. Luettu 03.04.2011.
http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV_loppuraportti.pdf

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen: case Töölön sairaalan ensiapu. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Luettu 05.02.2012. <https://www.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/1234>

Webster, A. 2006. New technologies in Health care. Challenge, Change and Innovation. Printed in Great Britain by Antony Rowe Ltd, Chippenham and Eastbourne.

Kuviot

	Sivu
Kuvio 1: Työn keskeiset elementit	8
Kuvio 2: Esimerkki sydänhoitopolkukuvauksen ylimmästä tasosta ja yhdestä alemmasta tasosta	10
Kuvio 3: Saumattoman hoitopolun keskeiset elementit	17
Kuvio 4: Pärjäimen keskeiset tiedot ja toiminnallisuudet	34
Kuvio 5: Teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyön kokonaisuus	35
Kuvio 6: Opinnäytetyön liittyminen Pumppu-hankkeen keskeisiin teemoihin	37
Kuvio 7: Hoitopolun saumattomuus, tiedonsaanti ja tuen tarve	49
Kuvio 8: Potilaan halukkuus, valmiudet, esteet Pärjain-navigaattorin käyttöön	51
Kuvio 9: Pärjain-navigaattoria ja hoitopolun saumattomuutta koskevien tulosten yhteenveto, sekä näitä yhdistäviä käyttömahdollisuuksia	52
Kuvio 10: Pärjäimen käyttömahdollisuuksia sydänhoitopolulla	55
Kuvio 11: Yhteenveto tietoteknisten apuvälineiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä	56

Taulukot

Taulukko 1: Ryhmähaastattelun sisältöanalyysin tulokset

Sivu
47

Liitteet

Liite 1 Haastattelulupa

HAASTATTELULUPA OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Lohjalla 01.02. 2012

Olemme Lohjan Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme parityönä opinnäytetyön, jonka aiheena on **Sydänpotilaan saumaton hoitopolku- Pärjäin-navigaattori tiennäyttäjänä.**

Opinnäytetyö on osa Euroopan aluekehitysrahaston(EAKR) rahoittamaa Pumpu-hanketta, jonka osatavoitteena on selvittää Pärjäin-navigaattorin käyttömahdollisuuksia sydänpotilaiden hoitopolun eri vaiheissa.

Työn tarkoituksena on selvittää, mitä kokemuksia sydänpotilaalla on tietoteknisten apuvälineiden käytöstä, ja minkälaisia valmiuksia sekä halukkuutta käyttää niitä hoitopolun eri vaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, minkälaisia käyttömahdollisuuksia Pärjäin-navigaattorille olisi sydänhoitopolun eri vaiheissa, sekä pohtia, miten se soveltuu sydänhoitopolkuun.

Lähestymme teitä kyseisen tutkielman toteuttamiseksi haastattelupyynnöllä. Toteutamme haastattelun teemahaastatteluna ryhmähaastattelun muodossa, johon toivomme 3-5 haastateltavaa. Tutkielman luotettavuuden mahdollistamiseksi haastattelu nauhoitetaan. Haastateltavien henkilöllisyys tulee opinnäytetyössä pysymään salassa. Haastattelumateriaalia käytetään ainoastaan opinnäytetyöhön ja se hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Materiaali on ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden hallussa.

Haastattelun keskeisiä teemoja ovat:

- Kansalaisten kokemukset teknisistä apuvälineistä
- Kansalaisen kokemuksia esteistä tai parannuksista hoitopolulla
- Pärjäin tukijana arjen hyvinvoinnissa
- Pärjäimen kehittämismahdollisuudet palvella kansalaisen arkea

Opinnäytetyön vastuuohjaaja: Elina Rajalahti

Ryhmähaastattelu on tarkoitus toteuttaa 14.02. 2011 klo 13.00 Lohjan Kaupungin kirjastossa

Yhteystiedot: Opinnäytetyöntekijät: Salme Jääskelä . Puh. 050-5419130 ja Kaisu Karstila. Puh. 040-7251181

Suostun haastateltavaksi: Nimi _____

Kiitos osallistumisestanne: Salme Jääskelä ja Kaisu Karstila

Liite 2 Esikyselylomake

1. Taustatiedot	
Ikä?	
Mikä sydänsairaus sinulla on?	
Sairastumisvuosi	
Tehdyt sydänoperaatiot, esim leikkaus.	
2. Sydänhoitopolku Sydänhoitopolulla tarkoitetaan potilaskeskeisen näkökulman kuvausta sydänhoitokokonaisuudesta - potilaan kulusta läpi hoitojärjestelmän, kotoa kotiin potilaan silmin.	
Hoitopolkusi eri vaiheissa (vastaa vaiheittain alla): Mitä tietoa sait sairaudestasi, hoidon tilanteesta, kulusta jne. ? Mistä olisit kaivannut lisätietoa?	
Sairauden alkuvaiheessa	
Sairaalassa ollessa	
Kotiutumisvaiheessa	
Kotona toipumisvaiheessa	
3. Tietotekniset valmiudet ja käytön kokemukset	

<p>Käytätkö kännykkää?</p> <ul style="list-style-type: none"> - tekstiviesteihin - sähköpostiin - Internetin käyttöön 	
<p>Käytätkö tietokonetta (päivittäin / viikoittain / satunnaisesti / en)?</p>	
<p>Internetin käyttö - yleisesti</p> <ul style="list-style-type: none"> - tiedonhakuun - internet-pohjaiset palvelut (esim. pankkipalvelut) - muuta? 	
<p>Internetin käyttö sydänsairauteen liittyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oletko käyttänyt Internetiä tiedon hakuun sairautesi liittyvissä kysymyksissä? - jos olet käyttänyt, niin mitä hyötyä sinulle on ollut netin käytöstä sairaudestasi toipumisessa ja kuntoutumisessa? 	
<p>Mitä kokemuksia sinulla on sähköisten terveyspalvelujen käytöstä?</p> <p>Esimerkiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajanvaraus - palautepalvelu - sähköiset lomakkeet esim. tukihakemukset ym. - Muu? 	

4. Motivaatio ja halukkuus sähköisiä terveyspalveluiden käyttöön sydänsairauteen liittyen	
<p>Olisitko kiinnostunut käyttämään sähköisiä terveyspalveluja hoitosi ja kuntoutumisesi apuna?</p> <p>Esimerkiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajanvaraukset - omien terveystietojen katselemiseen - viestintä lääkärin kanssa - vertaistukeen - terveyspalvelujen hakuun - hyvinvointiyritysten hakuun - Muu? 	
<p>Jos et ole kiinnostunut käyttämään, niin miksi et?</p>	
<p>Millä tavalla haluaisit käyttää sähköistä palvelua?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tietokoneelta kotona - Kännykän avulla - Digi-tv - Muu? 	

Kiitos vastauksistasi!

Haastatteluosio Lohjan Seurakuntatalolla 14.2. klo 16-18

Teemoja keskusteluun:

1. Internet palvelun käyttöä estävät tekijät

2. Kehittämisehdotuksia tietoteknisten palveluiden käyttöön sydänhoitopolun eri vaiheissa. Miten em. palvelut voisivat tukea arjen hyvinvointia ja terveyttä?